



Place Louis Rouzay  
72380 MONTBIZOT

**Cadre réservé à l'administration**

NOM DE FAMILLE : .....

DOSSIER RECU LE :

DOSSIER COMPLET : ☐ oui ☐ non

## ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

Services périscolaires (restauration-accueil matin et soir).

### DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION (DUI)

Remplir 1 dossier par foyer et 1 fiche par enfant.

Des fiches « enfant » supplémentaires sont disponibles en mairie ou sur [www.mairiemontbizot.fr](http://www.mairiemontbizot.fr)

### A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 03 JUILLET 2026

Si l'année scolaire dernière, vous avez adhéré au prélèvement mensuel pour régler vos factures, celui-ci se renouvellera automatiquement pour cette nouvelle année scolaire.

Pour une nouvelle adhésion, compte tenu des nouvelles formalités liées au passage à la norme S.E.P.A. (espace unique de paiement en euros), il faut s'adresser en mairie (service comptabilité) pour obtenir une autorisation de prélèvement dûment renseignée, en se munissant d'un R.I.B. Dans ce cas, vous recevrez chaque mois un avis de somme à payer pour le foyer, édité par le Trésor Public qui fait office de facture.

Quotient Familial : Il est actualisé deux fois par an et valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

N° allocataire CAF : .....

Pour le régime MSA, Merci de fournir une attestation du Quotient Familial.



*En cas de changement de situation familiale, merci de nous fournir un justificatif de votre quotient.*

**ATTENTION** : Sans le numéro CAF ou l'attestation MSA, le tarif le plus élevé sera appliqué.

☐ J'autorise la Commune de Montbizot à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches.

**Tout dossier d'inscription incomplet ne sera pas traité et sera retourné aux familles.  
En l'absence de dossier d'inscription, l'enfant ne pourra être accueilli.**

**Mentions légales d'information pour le recueil de données personnelles sur la base  
du consentement au traitement de ces données  
Inscription aux services périscolaires (restauration – accueil matin et soir)**

(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés », modifiée et Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD)

En remplissant ce formulaire de **Document Unique d'Inscription (DUI)** remis à la Commune de Montbizot, vous autorisez la collecte de Données à Caractère Personnel (DCP) vous concernant (vous et votre enfant) et leur utilisation dans le cadre de la Gestion des services périscolaires mises en place par la commune (restauration, accueil matin et soir).

Le traitement de ces DCP, effectué sur la base de votre consentement, est nécessaire pour assurer ces services dans les meilleures conditions et vous adresser tout document relatif à cette organisation (inscription, organisation des activités, contact en cas de besoin, envoi d'informations, facturation).

Ces DCP seront conservées par la Commune le temps nécessaire pour atteindre la(les) finalité(s) de leur traitement. Et dans le cadre du traitement de ces données, sont prises toutes les mesures de sécurité appropriées pour les protéger.

Sauf disposition législative, réglementaire ou décision de justice contraire, l'accès à ces DCP sera restreint aux personnes habilitées à les traiter et le cas échéant aux prestataires techniques dans le respect de la réglementation. En aucun cas, elles ne seront transmises à d'autres tiers.

Conformément aux dispositions du RGPD, vous disposez des droits suivants dans les conditions précisées par ce règlement :

- Droit d'accès aux données, de portabilité-de rectification ou d'effacement de ces données,
- Droit à la limitation du traitement de ces données ou d'opposition à ce traitement.

Pour exercer ces droits ou pour formuler toute autre demande concernant le traitement de ces DCP, vous pouvez contacter par écrit (courrier ou mail), accompagné d'un justificatif d'identité, le responsable du traitement (Maire de la Commune), à l'adresse suivante : Place Louis Rouzay – 72380 MONTBIZOT (mail : [sgeneral@montbizot.fr](mailto:sgeneral@montbizot.fr)) et/ou le Délégué à la Protection des Données (Atesart, mail: [dpo@sarthe.fr](mailto:dpo@sarthe.fr)).

Vous pouvez également, si vous le jugez nécessaire, prendre contact avec l'autorité de contrôle compétente à l'adresse suivante : [contact@cnil.fr](mailto:contact@cnil.fr)

☐ **Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et accepte que mes données soient utilisées aux fins décrites dans le présent texte.**

Date :

Nom – Prénom (signature) :

**Je lis attentivement les nouvelles modalités d'accueil et d'inscription.**

## 1/ MON FOYER (1 fiche par foyer)

Adresse du foyer où vit l'enfant/les enfants : .....

| ENFANTS SCOLARISÉS EN MATERNELLE OU ELEMENTAIRE<br>PRESENTS AU SEIN DU FOYER |        |                   |       |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|-------|--------|--------|
| NOM                                                                          | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | FILLE | GARCON | CLASSE |
| .....                                                                        | .....  | .....             |       |        | .....  |
| .....                                                                        | .....  | .....             |       |        | .....  |
| .....                                                                        | .....  | .....             |       |        | .....  |

**LE REPRESENTANT LEGAL 1 :** Père ☐ Mère ☐ Autres ☐ ..... (cochez le lien de parenté)

1. **Destinataire unique des factures**

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : ..... Adresse e-mail : .....

Date de naissance : .....

**LE REPRESENTANT LEGAL 2 :** Père ☐ Mère ☐ Autres ☐ ..... (cochez le lien de parenté)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : ..... Adresse e-mail : .....

☐ Spécifier une adresse différente de celle du foyer : .....

Date de naissance : .....

**PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT/LES ENFANTS**

|   | NOM   | PRENOM | N° DE TELEPHONE |
|---|-------|--------|-----------------|
| 1 | ..... | .....  | .....           |
| 2 | ..... | .....  | .....           |
| 3 | ..... | .....  | .....           |

Je soussigné ..... représentant légal de l'enfant susnommé, autorise le personnel communal :

- à faire soigner mon enfant dès que son état physique le nécessite,
- à le faire prendre en charge par un service d'urgence pompiers, SAMU, etc.) si nécessaire,
- à le faire hospitaliser en cas d'urgence, sur avis médical.

En cas d'accident ou de maladie, le personnel communal s'efforce de prévenir les parents.

Je soussigné ..... déclare exacts les renseignements portés sur ce Document Unique d'Inscription (DUI).

« Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes et m'engage à informer mon ou mes enfants des dispositions qu'il contient ».

Fait à .....le .....

Signature du représentant légal

## 2/ MON ENFANT (1 fiche par enfant)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe à la rentrée prochaine : .....

### INSCRIPTION

Jours de repas à fournir impérativement le 25 du mois  
(Les délais seront plus courts en utilisant le Portail Famille).

|                                                           | LUNDI                    | MARDI                    | JEUDI                    | VENDREDI                 |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>RESTAURANT SCOLAIRE A L'ANNEE</b>                      |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>PLANNING OCCASIONNEL RESTAURANT SCOLAIRE</b>           |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                          |                          |                          |                          |
| <b>ACCUEIL PERISCOLAIRE</b>                               |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> oui le matin à partir de 7h30    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> oui le soir jusqu'à 18h30        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



L'enfant mangera-t-il au restaurant **le jour de la rentrée**

☐ oui ☐ non

Jour de carence, voir les explications sur le règlement.

Informations sanitaires :

Votre enfant dispose-t-il d'une reconnaissance de la Maison de l'Autonomie : ☐ oui ☐ non

Si oui :

- Votre enfant est-il accompagné par une AESH : ☐ oui ☐ non
- Percevez-vous l'AEEH : ☐ oui ☐ non
- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (allergie, asthme ou autre) ? ☐ oui ☐ non
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? ☐ oui ☐ non

### AUTORISATIONS

|                                                                                                                                                       | OUI                      | NON                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| J'autorise mon enfant à être pris en photo                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'autorise la mairie à utiliser les documents ou photographies pris au cours des temps périscolaires pour la communication de la Commune de Montbizot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fait à .....le .....

Signature du représentant légal



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008\*02

|                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON<br/>ANNÉE 2026-2027</b> | <b>1. ENFANT</b>                                               |
|                                                           | NOM :                                                          |
|                                                           | PRÉNOM :                                                       |
|                                                           | DATE DE NAISSANCE :                                            |
|                                                           | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les accueils périscolaires (restauration scolaire – garderie) de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. **Elle sera détruite à la fin de l'année scolaire 2026-2027 et aucun duplicata ne sera réalisé, ni conservé.**

## 2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

**Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination.**

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.**

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui ☐ non ☐

L'enfant a-t-il un **PAI** ? oui ☐ non ☐

**Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|                                                                                |                                                                               |                                                                              |                                                                                                 |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RUBÉOLE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>    | <b>VARICELLE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>ANGINE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>   | <b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>SCARLATINE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <b>COQUELUCHE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>OTITE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>     | <b>ROUGEOLE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>OREILLONS</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                   |                                                                                |

**ALLERGIES :** ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐  
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES .....

**Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

.....  
.....

**Indiquez ci-après :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

.....

.....

.....

---

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

---

**5. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**Responsable N°1 :** NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE

.....

Numéros de téléphone :

domicile : ..... portable : ..... travail : .....

**Responsable N°2 :** NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE

.....

Numéros de téléphone :

domicile : ..... portable : ..... travail : .....

---

**6. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE** (autre que le représentant légal)

| NOM | Prénom | Lien de Parenté | Numéro de téléphone  |
|-----|--------|-----------------|----------------------|
|     |        |                 | Fixe :<br>Portable : |
|     |        |                 | Fixe :<br>Portable : |
|     |        |                 | Fixe :<br>Portable : |

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire, et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

---

**PARTIE RESERVEE AU RESPONSABLE DE L'ALSH**

N° agrément jeunesse et cohésion sociale : **072ORG0248**

Pour la Commune de Montbizot

**Observations faites au cours de l'année scolaire 2026-2027**

.....

.....