



**FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2023-2024  
ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE  
RESTAURATION SCOLAIRE**

UN SEUL DOSSIER PAR FAMILLE  
MAIS UNE FICHE SANITAIRE OBLIGATOIRE PAR ENFANT

**A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 21 JUIN 2023**

**FICHE FAMILLE**

**Responsable légal 1 :**

**Responsable légal 2 :**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Adresse Mail : .....

Adresse Mail : .....

Numéro de Téléphone : .....

Numéro de Téléphone : .....

Régime n° allocataire CAF ou MSA : .....

QF : .....

Nom de la compagnie d'assurance : .....

N° contrat : .....

**SITUATION FAMILIALE**

Mariés  Divorcés  Séparés  Pacés  Vie maritale  Célibataire  Veuf (ve)

Autorité parentale :  Mère  Père  Autre (préciser) : .....

**FICHE ENFANT**

ENFANT(S)	<b>1</b> ○ Masculin ○ Féminin	<b>2</b> ○ Masculin ○ Féminin	<b>3</b> ○ Masculin ○ Féminin	<b>4</b> ○ Masculin ○ Féminin
NOM				
PRÉNOM				
DATE ET LIEU DE NAISSANCE				
ECOLE CLASSE A LA RENTREE (2023-2024)				
Régime alimentaire	○ Tous aliments ○ Sans Porc ○ Sans Viande	○ Tous aliments ○ Sans Porc ○ Sans Viande	○ Tous aliments ○ Sans Porc ○ Sans Viande	○ Tous aliments ○ Sans Porc ○ Sans Viande

**INFORMATIONS ET  
AUTORISATIONS**

**Informations**

Personnes à contacter en cas d'urgence :

NOM ET PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE

**Autorisations**

Je soussigné(e), ....., représentant légal des enfants.

- -  
- -

**Autorise** la diffusion publique y compris sur Facebook par les différents services de la commune de Liverdun, des photographies et films contenant des images de mon enfant.

**Oui**  **Non**

**Autorise** mes enfants à rentrer seul(e) à la fin des différentes activités (uniquement pour les enfants des écoles élémentaires).

**Oui**  **Non**

Mon ou mes enfants sont susceptibles de fréquenter :

- Les mercredis éducatifs :  **Oui**  **Non**
- L'accueil de loisirs pendant les vacances  **Oui**  **Non**
- L'aide aux devoirs  **Oui**  **Non**
- Les accueils ados (11 -17 ans)  **Oui**  **Non**

J'accepte de me conformer aux règlements des différents services à consulter en ligne sur le site [www.liverdun.fr](http://www.liverdun.fr) onglet jeunesse, périscolaire. Je m'engage à signaler tout changement de situation (coordonnées téléphoniques, quotient familial ...)

## MODE DE FACTURATION

### Nom et adresse de l'envoi de la facture :

Mère    Père    Autres (à préciser) .....

Adresse (si différente de celle sur la fiche famille) : .....

En cas de garde alternée, nous donner toutes précisions utiles : .....

Par la constitution d'un dossier d'inscription, vous autorisez l'utilisation de votre adresse mail afin de vous transmettre les factures et des courriers. Si vous vous opposez, il faut le signifier par écrit à la Direction de la Restauration de la Communauté de Communes du Bassin de Pompey.

## MODE DE PAIEMENT

Paiement au Centre des Finances Publiques Cité administrative, Bâtiment Y1 BP 40023 54035 NANCY cedex, soit :

- Paiement par chèque à l'ordre du « Trésor Public ». Veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.
- Par règlement en numéraire ou tickets CESU à la caisse du centre des finances publiques à Nancy, chargée du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis.
- Paiement en ligne par carte bancaire via le portail famille.
- Paiement par prélèvement automatique (joindre un RIB au présent dossier).

## PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE AU DOSSIER

- La présente fiche d'inscription complétée et signée y compris les fiches sanitaires de liaison (Cerfa n°10008\*02) jointes au dossier signé (1 fiche sanitaire par enfant).
- Avis d'imposition N-1 ou non-imposition du foyer fiscal.
- Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile).
- Justificatif de domicile (de moins de 3 mois).
- En cas de séparation des parents, joindre la photocopie de la décision de justice fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale et d'hébergement ainsi que la copie du livret de famille (père, mère, enfants).
- Attestation avec le n° d'allocataire CAF ou autre régime d'allocataire (MSA) ou copie de la carte.

Pour la mise en place du prélèvement automatique :

- RIB.
- Mandat de prélèvement SEPA **Restauration scolaire.**
- Mandat de prélèvement SEPA **Enfance-Jeunesse (périscolaire).**

*Tout changement de situation (coordonnées téléphoniques, quotient familial...) est à signaler dans les plus brefs délais par mail au service correspondant.*

## DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé traité par la commune de Liverdun, service périscolaire et la communauté des communes du Bassin de Pompey, pour permettre la gestion des activités périscolaires ou extrascolaires et leur facturation.

Elles sont conservées tant qu'un membre de la famille fréquente une des activités proposées.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service périscolaire à l'adresse électronique suivante : [periscolaire@ville-liverdun.fr](mailto:periscolaire@ville-liverdun.fr)

Fait à .....

Signature des parents ou représentants légaux

Le .....



# 1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez .....

oui  non  
 oui  non  
 oui  non

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lunettes, d'appareil dentaire ou auditiif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

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

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE : ..... TEL PORTABLE : .....

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

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE : ..... TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....



# 1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

.....

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

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

ADRESSE : .....  
TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

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

ADRESSE : .....  
TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....



# 1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :    M        F   

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polionmyélite				Rubeole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?     Oui     Non

Si oui, joindre une ordonnance récente 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES     oui     non  
 MÉDICAMENTEUSES     oui     non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :     oui     non  
 Précisez : .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser     oui     non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
 Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

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

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

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

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....



# 1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez : .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

.....  
.....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....  
.....  
.....

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

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

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

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

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**Si un prélèvement aux services enfance-jeunesse est déjà mise en place et que vous souhaitez le maintenir pour l'année 2023-2024, il n'est pas nécessaire de renseigner le formulaire ci-dessous**

**Référence unique du mandat : ++NFR98PER5407670304201515051465001**

**Nom et prénom de(s) enfant(s) concerné(s)**

.....  
.....

**Type de contrat : Prélèvement Enfance-jeunesse**

**IDENTIFIANT CREANCIER SEPA  
FR98PER540767**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de Liverdun à envoyer des instructions à votre banque pour débiteur votre compte, et votre banque a débité votre compte, conformément aux instructions de la Mairie de Liverdun. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
<b>Nom, prénom :</b> .....	<b>Nom :</b> MAIRIE SERVICE ENFANCE-JEUNESSE <b>Adresse :</b> 1 Place François Mitterrand
<b>Adresse :</b> .....	<b>Code postal :</b> 54460 <b>Ville :</b> LIVERDUN <b>Pays :</b> FRANCE
<b>Code postal :</b> .....	
<b>Ville :</b> .....	
<b>Pays :</b> .....	

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / /

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

/ / / / / / / / / / / / / / / / /

**Type de paiement : Paiement récurrent**

Signé à : .....

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

**DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :**

**Nom du tiers débiteur :** .....

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)**

**Rappel :**

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de Liverdun. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec la Mairie de Liverdun.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

**Référence unique du mandat :**

**Si un prélèvement à la restauration scolaire est déjà en place et que vous souhaitez le maintenir pour l'année 2023-2024, il n'est pas nécessaire de renseigner le formulaire ci-dessous.**

**Nom et prénom de(s) enfant(s) concerné(s)**

.....  
.....

**Type de contrat : Prélèvement Restauration scolaire**

**IDENTIFIANT CREANCIER SEPA  
FR63ZZZ822A81**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes du Bassin de Pompey à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débité votre compte, conformément aux instructions de la Communauté de Communes du Bassin de Pompey. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
<b>Nom, prénom :</b> .....	<b>Nom :</b> BASSIN DE POMPEY
<b>Adresse :</b> .....	<b>Adresse :</b> 04 RUE DES 4 ELEMENTS
<b>Code postal :</b> .....	<b>Code postal :</b> 54340
<b>Ville :</b> .....	<b>Ville :</b> POMPEY
<b>Pays :</b> .....	<b>Pays :</b> FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
<b><u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u></b> / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / /
<b><u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u></b> / / / / / / / /

**Type de paiement : Paiement récurrent**

Signé à : ..... Signature :   
Le (JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :
<b>Nom du tiers débiteur :</b> .....

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)**

**Rappel :**

*En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de Liverdun. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec la Communauté de Communes du Bassin de Pompey.*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

## ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

L'accueil périscolaire propose plusieurs créneaux de garde :

- Matin : 7h15 à 8h30 (Pas besoin d'inscription : le dossier doit tout de même nous être retourné)
- Soir, 1<sup>ère</sup> heure : 16h30-17h30
- Soir, 2<sup>ème</sup> heure : 17h30-18h30
- Soir, 3<sup>ème</sup> heure : 18h30-18h45
- **Soir : 18h45-19h00 (Brassens/Dolto et Provence/Champagne uniquement)**

L'accès au portail famille vous permettra :

- De gérer les inscriptions périscolaires
- D'inscrire ou de désinscrire à l'accueil du soir **au plus tard la veille avant 11h ou le vendredi avant 11h pour le lundi.**
- D'inscrire ou de désinscrire à la restauration scolaire **avant le jeudi 12h00 de la semaine précédente.** Dans le cas où le jeudi est férié, la réservation ou l'annulation doit se faire avant le mercredi 12h00 de la semaine précédente.
- D'accéder également à votre fiche d'identification que vous pouvez éventuellement compléter (seuls les renseignements utiles à la gestion de votre dossier sont actuellement enregistrés), à la consultation des factures...

En cas d'absences (non annulation ou annulation en dehors des délais) l'accueil périscolaire est dû sauf production d'un certificat médical.

## MERCREDIS EDUCATIFS

Les mercredis éducatifs proposent différentes possibilités d'accueil :

- Soit le mercredi toute la journée de 7h45 à 18h00 (accueil échelonné des enfants de 7h45 à 9h00 et départ échelonné de 17h00 à 18h00). Dans ce cas le repas est compris.
- Soit le matin (départ échelonné de 12h00 à 12h30) et/ou l'après-midi uniquement (accueil échelonné de 13h30 à 14h00). Dans ce cas le repas n'est pas compris

L'accès au portail famille vous permettra d'inscrire ou de désinscrire un enfant aux mercredis éducatifs au plus tard le dernier jeudi à 12h du mois précédent.

En cas d'absences (non annulation ou annulation en dehors des délais) la journée est due sauf production d'un certificat médical.

## AIDE AUX DEVOIRS

Ce service est réservé en priorité aux élèves des classes de CE2, CM1 et de CM2 qui ont plus de devoirs à la maison. Ils gagnent en autonomie, et peuvent s'entraider. Les élèves des classes de CP et de CE1 seront acceptés en fonction des places disponibles.

L'aide aux devoirs est proposée une heure par semaine par école primaire, de 16h30 à 17h30 :

- Lundi (Brassens)
- Mardi (Rond-Chêne)
- Jeudi (La Provence)

Votre enfant peut rejoindre l'accueil périscolaire après la séance. Les tarifs sont ceux d'une heure périscolaire.

Si j'inscris mon enfant à l'aide aux devoirs, je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit. En cas d'absence non justifiée, le service vous sera facturé.

## INSCRIPTION

Les inscriptions sur les différentes activités se font directement sur le portail famille. En effet, nous souhaitons avec cette évolution réduire les impressions papier dans une dynamique plus respectueuse de l'environnement.

Cette modernisation permettra également pour vous par la suite, de fluidifier vos inscriptions/désinscription, et d'être totalement autonome sur la gestion des présences de vos enfants.

**Chaque famille demandant l'inscription de son ou ses enfants aux différents services s'engage à respecter tous les points des règlements présents sur le site de la commune. Vous pourrez également consulter les tarifs des différents services dans la rubrique « Jeunesse ».**

**Le dossier d'inscription est à rendre au plus tard le 21 JUIN 2023 en mairie. OUVERTURE DES INSCRIPTIONS SUR LE PORTAIL FAMILLE À PARTIR DU 16 AOUT 2023**

### CONTACT (Accueil périscolaire)

Service Périscolaire Liverdun  
1 Place François Mitterrand  
54460 LIVERDUN  
0383.23.48.77  
[periscolaire@ville-liverdun.fr](mailto:periscolaire@ville-liverdun.fr)

### CONTACT (Mercredis éducatifs – Aide aux devoirs)

Service Jeunesse Liverdun  
14 Rue de la Gare  
54460 LIVERDUN  
03.83.24.63.49  
[service.jeunesse@ville-liverdun.fr](mailto:service.jeunesse@ville-liverdun.fr)

