

**FICHE D'INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE  
RESTAURATION SCOLAIRE <sup>1</sup>**

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

**A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 21 JUIN 2024**

**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  Pacsés  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 (2024-2025)				
Régime alimentaire	○ <b>Tous aliments</b> ○ Sans Porc ○ Sans Viande	○ <b>Tous aliments</b> ○ Sans Porc ○ Sans Viande	○ <b>Tous aliments</b> ○ Sans Porc ○ Sans Viande	○ <b>Tous aliments</b> ○ Sans Porc ○ Sans Viande

<sup>1</sup> Version de septembre 2024

**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/onglet jeunesse](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.
- La ou les fiches sanitaires de liaison (Cerfa n°10008\*02) jointes au dossier signé (1 fiche sanitaire par enfant) avec une photocopie des vaccinations du carnet de santé (Obligatoire selon l'article L3111-2 du Code de Santé Publique. )
- 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 .....

## 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					
Polioomyélite					
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

**Ne recopiez pas manuellement les vaccinations,  
joignez-nous obligatoirement une photocopie  
des vaccins à jours (carnet de santé)**

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

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)  oui  non

Si oui, joindre obligatoirement celui de l'année scolaire en cours.

### 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 : .....

**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	
<b>Ne recopiez pas manuellement les vaccinations, joignez-nous obligatoirement une photocopie des vaccins à jours (carnet de santé)</b>					
Tétanos				Pneumocoque	
Polioomyélite				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

MEDICAMENTEUSES  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

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)  oui  non

Si oui, joindre obligatoirement celui de l'année scolaire en cours.

**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 actualiser 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 : .....



**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
Diphérie				Coqueluche	
Tétanos					
Polioomyélite					
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

**Ne recopiez pas manuellement les vaccinations, joignez-nous obligatoirement une photocopie des vaccins à jours (carnet de santé)**

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL 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

MEDICAMENTEUSES  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

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)  oui  non

Si oui, joindre obligatoirement celui de l'année scolaire en cours.

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 : .....

## 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'arrêt de 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
Diphérie				Coqueluche	
Tétanos					
Polioomyélite					
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

**Ne recopiez pas manuellement les vaccinations,  
joignez-nous obligatoirement une photocopie  
des vaccins à jours (carnet de santé)**

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

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)  oui  non

Si oui, joindre obligatoirement celui de l'année scolaire en cours.

### 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 : .....







## 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 de la semaine précédente.

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 élémentaire, 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 2024 en mairie.**  
**OUVERTURE DES INSCRIPTIONS SUR LE PORTAIL FAMILLE**  
**À PARTIR DU 19 AOUT 2024**

### 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)

