

INSCRIPTIONS :

- ❖ RESTAURANT SCOLAIRE
- ❖ ACCUEIL PÉRISCOLAIRE
- ❖ ACCUEIL DE LOISIRS

Année scolaire 2018-2019

Liste des pièces à rendre en Mairie :

- 1 dossier d'inscription complété et signé (**page 1 à 10**)
- 1 fiche d'inscription mensuelle (septembre et/ou octobre) ou 1 fiche d'inscription annuelle
 - Restaurant scolaire ○ Accueil périscolaire
 - Accueil de loisirs des mercredis
- 1 fiche « règles de vie » du restaurant scolaire signée par les parents et par l'enfant concerné.
- 1 justificatif de votre quotient familial (si changement de régime ou de numéro allocataire et pour les nouvelles familles)
- 1 attestation d'assurance des activités périscolaires et extrascolaires (par enfant) à *donner obligatoirement avant la rentrée scolaire*
- 1 RIB (si changement et pour les nouvelles familles)

LES MODES DE PAIEMENT AUTORISÉS SONT :

- ☞ LE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE (paiement pour tous les services municipaux),
- ☞ LES CESUS (paiement pour l'accueil périscolaire et l'accueil de loisirs)
- ☞ LES CHÈQUES VACANCES (uniquement paiement pour l'accueil de loisirs)

SANS DOSSIER D'INSCRIPTION, AUCUN ENFANT NE SERA ADMIS AUX ACTIVITES GERÉES PAR LA MAIRIE, MEME EXCEPTIONNELLEMENT.

LES DOSSIERS COMPLETS SONT A DEPOSER EN MAIRIE DELEGUEE DE LIRE : 88 RUE DU 8 MAI 1946, LIRE – 49530 OREE D'ANJOU



COMMUNE DÉLÉGUÉE DE LIRÉ

Cadre réservé à la mairie

Complet Incomplet

Enregistré le -----

DOSSIER D'INSCRIPTION - ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019

Ecole : Charles Perrault La Coulée St Joseph Extérieure de Liré

Enfant 1 n° de badge : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ lieu de naissance : _____

Pathologies connues _____

Allergies alimentaires connues _____

Enfant 2 n° de badge : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ lieu de naissance : _____

Pathologies connues _____

Allergies alimentaires connues _____

Enfant 3 n° de badge : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ lieu de naissance : _____

Pathologies connues _____

Allergies alimentaires connues _____

Parent(s)

Tuteur(s)

Nom(s) : _____ / _____

Prénom(s) : _____ / _____

Adresse de facturation : _____

Adresse courriel : _____

Souhaitez-vous recevoir les fiches d'inscriptions ainsi que les informations sur le restaurant scolaire, l'accueil périscolaire et l'accueil de loisirs

par courriel ? Oui Non

par courrier postal ? Oui Non

Téléphone(s) domicile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ / ____ . ____ . ____ . ____ . ____ / ____ . ____ . ____

Téléphone mobile de la mère : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Téléphone mobile du père : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Téléphone mobile du ou des tuteur(s) : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Lieux de travail :

Père : _____

Mère : _____

Tuteur(s) : _____

MSA CAF MAINE ET LOIRE CAF LOIRE-ATLANTIQUE Autres _____

N° ALLOCATAIRE du quotient Familial : _____

Montant du quotient familial : _____

NOM DE L'ASSURANCE PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE : _____

◆ RESTAURANT SCOLAIRE :

Inscription : Mensuelle Annuelle Occasionnelle

Annuelle (semaine paire) Annuelle (semaine impaire)

◆ ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Inscription :

◆ **Lundi, mardi, jeudi, vendredi** :

Mensuelle Annuelle Hebdomadaire Occasionnelle

Annuelle (semaine paire) Annuelle (semaine impaire)

◆ ACCUEIL DE LOISIRS DES MERCREDIS

Mensuelle Annuelle Hebdomadaire Occasionnelle

Annuelle (semaine paire) Annuelle (semaine impaire)

◆ ACCUEIL DE LOISIRS DES PETITES VACANCES ET VACANCES D'ÉTÉ (ALSH)

« Les fiches d'inscriptions et les plaquettes version « papier » ne seront plus distribuées dans les 2 écoles mais à télécharger sur le site internet. Un message vous sera adressé par courriel quelques jours avant les vacances ».

A..... le

Signature(s),

Père

Mère

Tuteur(s)

Autorisation parentale et personnes à contacter en cas d'urgence

	Nom	Prénom	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

Monsieur et Madame

OUI NON autorisent l'enfant à quitter seul la Maison de l'Enfance (à partir de 7 ans).

OUI NON autorisent la commune déléguée de Liré à utiliser l'image de leur(s) enfant(s) sur supports photographiques ou informatiques exclusivement sur la présentation et l'illustration du restaurant scolaire, de l'accueil périscolaire et de loisirs en dehors de toute exploitation commerciale.

Nous nous engageons à assurer la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (P. A. I.) de l'enfant (*nom, prénom de l'enfant*) _____ en cas de problèmes liés à des allergies alimentaires ou autres soucis de santé. Nature du problème :

_____ et à le communiquer à la commune déléguée de Liré.

Sans ce protocole, nous déchargeons M. Le Maire et le personnel communal de toute responsabilité en cas de problèmes liés à ce(s) allergie(s) durant les horaires du **restaurant scolaire, accueil périscolaire et accueil de loisirs**, déclarons renoncer à tout recours à leur encontre et certifions avoir fourni un certificat médical à la commune déléguée de Liré et aux services concernés.

OUI NON autorisent les personnes suivantes à venir chercher leur(s) enfant(s) à la Maison de l'Enfance

M. Mme _____

Adresse du domicile : _____

Téléphone domicile : _____._____._____._____._____

Téléphone portable : _____._____._____._____._____

Téléphone professionnel : _____._____._____._____._____

Lieu du travail : _____

Degré de parenté ou fonction de la personne : _____

M. Mme _____

Adresse du domicile : _____

Téléphone domicile : _____._____._____._____._____

Téléphone portable : _____._____._____._____._____

Téléphone professionnel : _____._____._____._____._____

Lieu du travail : _____

Degré de parenté ou fonction de la personne : _____

M. Mme _____

Adresse du domicile : _____

Téléphone domicile : _____._____._____._____._____

Téléphone portable : _____._____._____._____._____

Téléphone professionnel : _____._____._____._____._____

Lieu du travail : _____

Degré de parenté ou fonction de la personne : _____

M. Mme _____

Adresse du domicile : _____

Téléphone domicile : _____._____._____._____._____

Téléphone portable : _____._____._____._____._____

Téléphone professionnel : _____._____._____._____._____

Lieu du travail : _____

Degré de parenté ou fonction de la personne : _____

M. Mme _____

Adresse du domicile : _____

Téléphone domicile : _____._____._____._____._____

Téléphone portable : _____._____._____._____._____

Téléphone professionnel : _____._____._____._____._____

Lieu du travail : _____

Degré de parenté ou fonction de la personne : _____

A Le

Signatures :

Père

Mère

Tuteur(s)

NB : si les parents sont divorcés ou séparés et que ceux-ci exercent en commun l'autorité parentale, ils devront signer cette décharge conjointement.

ACCUSÉ DE LECTURE

Après lecture du (des) règlement (s) intérieur (s) des activités gérées par la commune déléguée de Liré et à télécharger obligatoirement sur le site de la mairie : www.oreeddanjou.fr dans la rubrique « services » – enfance et jeunesse, veuillez signer ce coupon et le joindre au dossier d'inscription (chaque année). Si vous n'avez pas accès à l'internet, les règlements intérieurs version « papier » sont aussi disponibles en mairie.

M. et Mme _____,

représentant (s) légal (aux) de (s) enfant (s) :

	Nom :	Prénom :	Signature du ou des enfant (s)
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

Atteste (ons) avoir pris connaissance du (des) règlement (s) intérieur (s) :

Restaurant scolaire

Accueil périscolaire

Accueil de loisirs

Je (Nous) m' (nous) engage (ons) à en discuter avec mon (nos) enfant (s) et à le lui (leur) faire respecter.

A _____, le _____

Signatures :

Père

Mère

Tuteur (s)

Fiche sanitaire de liaison **PAR L'ENFANT CONCERNÉ**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Garçon Fille

Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTca polio				L'haemophilus B	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Méningocoques C	
				Grippe	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? **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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Allergies : Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

- Asthme
- Médicamenteuses
- Alimentaires
- Autres

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

 **Recommandations utiles des parents.**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...Précisez.

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

 **Responsable (s) de l'enfant.**

NomPrénom.....

Adresse

Téléphone du domicileTéléphone du bureau :

Père Mère Tuteur.....

Téléphone portable :

Père Mère Tuteur.....

 **Médecin traitant.**

Nom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Je (Nous) soussigné(s),.....responsable(s) légal (légaux) de l'enfant, déclare (ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise (ons) le Maire délégué de Liré, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A..... le..... Signature :

Père

Mère

Tuteur

Fiche sanitaire de liaison **PAR L'ENFANT CONCERNÉ**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Garçon Fille

 **Vaccinations**

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
Diptérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTca polio				L'haemophilus B	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Méningocoques C	
				Grippe	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

 **Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Allergies : Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

- Asthme
- Médicamenteuses
- Alimentaires
- Autres

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

 **Recommandations utiles des parents.**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...Précisez.

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

 **Responsable (s) de l'enfant.**

NomPrénom.....

Adresse

Téléphone du domicileTéléphone du bureau :

Père Mère Tuteur.....

Téléphone portable :

Père Mère Tuteur.....

 **Médecin traitant.**

Nom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Je (Nous) soussigné(s),.....responsable(s) légal (légaux) de l'enfant, déclare (ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise (ons) le Maire délégué de Liré, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A..... le..... Signature :

Père

Mère

Tuteur

ORÉE-D'ANJOU

Restaurant scolaire

Commune déléguée de Liré

Fiche d'inscription annuelle

Ecole : Charles Perrault La Coulée St Joseph

	Nom :	Prénom :	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

Déjeunera / Déjeuneront :

(Veuillez cocher les cases correspondantes)

RÉGULIÈRE :

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

ET/OU semaine impaire à partir de

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

ET/OU semaine paire à partir de

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

Je m'engage sur cette base pour l'année scolaire 2018 - 2019

Fait à le

Signature,

Enregistrée le
Cadre réservé à la mairie

ORÉE-D'ANJOU

Restaurant scolaire,
Commune déléguée de Liré

Fiche d'inscription mensuelle

FICHE À DÉPOSER **EN MAIRIE AVANT LE VENDREDI 13 JUILLET 2018**

(MERCİ DE TENIR COMPTE DE CETTE DATE)

Ecole : Charles Perrault La Coulée St Joseph

	Nom :	Prénom :	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

Déjeunera / Déjeuneront :

SEPTEMBRE 2018

(Entourez les jours de présence)

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
3	4	6	7
10	11	13	14
17	18	20	21
24	25	27	28

Je m'engage sur cette base pour le mois de SEPTEMBRE 2018 de l'année scolaire 2018 - 2019

Fait à le

Signature,

Enregistrée le.....
Cadre réservé à la mairie

ORÉE-D'ANJOU

Restaurant scolaire

Commune déléguée de Liré

Fiche d'inscription mensuelle

FICHE À DÉPOSER **EN MAIRIE AVANT LE VENDREDI 14 SEPTEMBRE 2018**
(MERCİ DE TENIR COMPTE DE CETTE DATE)

Ecole : Charles Perrault La Coulée St Joseph

	Nom :	Prénom :	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

Déjeunera / Déjeuneront :

OCTOBRE 2018

(Entourez les jours de présence)

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
1	2	4	5
8	9	11	12
15	16	18	19

Je m'engage sur cette base pour le mois d'OCTOBRE 2018
de l'année scolaire 2018 - 2019

Fait à le

Signature,

Enregistrée le.....
Cadre réservé à la mairie

ORÉE-D'ANJOU

Accueil périscolaire

Commune déléguée de Liré

Fiche d'inscription annuelle

A DEPOSER A LA MAISON DE L'ENFANCE AVANT **LE VENDREDI 17 AOUT 2018**

Ecole : Charles Perrault La Coulée St Joseph

	Nom :	Prénom :	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<u>Le matin</u> arrivée àh.....	<u>Le matin</u> arrivée àh.....	<u>Le matin</u> arrivée àh.....	<u>Le matin</u> arrivée àh.....
<u>Le soir</u> départ àh.....	<u>Le soir</u> départ àh.....	<u>Le soir</u> départ àh.....	<u>Le soir</u> départ àh.....

Ou Annuelle (semaine paire) à partir de

Ou Annuelle (semaine impaire) à partir de

Je m'engage sur cette base de l'année scolaire 2018-2019

Fait à le

Signature,

ORÉE-D'ANJOU
Accueil périscolaire
Commune déléguée de Liré

Fiche d'inscription mensuelle : SEPTEMBRE 2018

A DEPOSER A LA MAISON DE L'ENFANCE AVANT LE VENDREDI 17 AOUT 2018

	Nom :	Prénom :	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
3 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	4 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	6 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	7 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....
10 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	11 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	13 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	14 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....
17 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	18 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	20 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	21 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....
24 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	25 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	27 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	28 <u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....

Pour tous les jours de SEPTEMBRE 2018 : Arrivée le matin à ____ h ____

Départ le soir à ____ h ____

Fait à le
Signature

ORÉE-D'ANJOU

Accueil de loisirs des mercredis

Commune déléguée de Liré

Fiche d'inscription annuelle

A DEPOSER A LA MAISON DE L'ENFANCE AVANT LE VENDREDI 17 AOUT 2018

Ecole : Charles Perrault La Coulée St Joseph

	Nom :	Prénom :	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

<input type="checkbox"/> <u>Le matin de 7h30 à 9h00</u> arrivée àh.....
<input type="checkbox"/> <u>Demi-journée matin : 9h00 – 12h00</u>
<input type="checkbox"/> <u>Repas : de 12h00 – 14h00</u>
<input type="checkbox"/> <u>Demi-journée après-midi : de 14h00 - 17h00</u>
<input type="checkbox"/> <u>Le soir de 17h00 à 19h00</u> départ àh.....

Ou Annuelle (semaine paire) à partir de

Ou Annuelle (semaine impaire) à partir de

Je m'engage sur cette base de l'année scolaire 2018-2019

Fait à le

Signature,

ORÉE-D'ANJOU

Accueil de loisirs des mercredis

Commune déléguée de Liré

Fiche d'inscription mensuelle : SEPTEMBRE 2018

A DÉPOSER A LA MAISON DE L'ENFANCE AVANT LE VENDREDI 17 AOÛT 2018

	Nom :	Prénom :	Classe
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

<u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	<input type="checkbox"/> <u>Demi-Journée</u> <u>Matin</u> 9h00-12h00	<input type="checkbox"/> <u>Repas</u> 12h00-14h00	<input type="checkbox"/> <u>Demi journée</u> <u>Après-Midi</u> 14h00-17h00
<u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	<input type="checkbox"/> <u>Demi-Journée</u> <u>Matin</u> 9h00-12h00	<input type="checkbox"/> <u>Repas</u> 12h00-14h00	<input type="checkbox"/> <u>Demi journée</u> <u>Après-Midi</u> 14h00-17h00
<u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	<input type="checkbox"/> <u>Demi-Journée</u> <u>Matin</u> 9h00-12h00	<input type="checkbox"/> <u>Repas</u> 12h00-14h00	<input type="checkbox"/> <u>Demi journée</u> <u>Après-Midi</u> 14h00-17h00
<u>Le matin</u> arrivée àh..... <u>Le soir</u> départ àh.....	<input type="checkbox"/> <u>Demi-Journée</u> <u>Matin</u> 9h00-12h00	<input type="checkbox"/> <u>Repas</u> 12h00-14h00	<input type="checkbox"/> <u>Demi journée</u> <u>Après-Midi</u> 14h00-17h00

Je m'engage sur cette base pour le mois de SEPTEMBRE 2018
de l'année scolaire 2018 - 2019

Fait à le

Signature

A CONSERVER PAR LA FAMILLE

HORAIRES D'OUVERTURE DES SERVICES ENFANCE

◆ ÉCOLES DE LA COMMUNE DÉLÉGUÉE DE LIRÉ :

École Charles Perrault

Horaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
8h45 -12h00	enseignement	enseignement	enseignement	enseignement
12h00 -13h45	pause méridienne	pause méridienne	pause méridienne	pause méridienne
13h45 -16h30	enseignement	enseignement	enseignement	enseignement

École de la Coulée Saint Joseph

Horaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
8h45 -12h00	enseignement	enseignement	enseignement	enseignement
12h00 -13h30	pause méridienne	pause méridienne	pause méridienne	pause méridienne
13h30 -16h30	enseignement	enseignement	enseignement	enseignement

◆ RESTAURANT SCOLAIRE :

Le restaurant scolaire fonctionne de 12h00 à 13h45

◆ ACCUEIL PÉRISCOLAIRE :

	Matin		Après-midi	
	Ouverture	Fermeture	Ouverture	Fermeture
Lundi	7h30	8h45	16h30	19h00
Mardi	7h30	8h45	16h30	19h00
Jeudi	7h30	8h45	16h30	19h00
Vendredi	7h30	8h45	16h30	19h00

◆ ACCUEIL DE LOISIRS DES MERCREDIS, PETITES VACANCES ET VACANCES D'ÉTÉ (ALSH) :

Choix possibles	ALSH des mercredis		ALSH des petites vacances et vacances d'été	
	Ouverture	Fermeture	Ouverture	Fermeture
Matin avant l'accueil principal	7h30	9h	7h30	9h
ALSH matin sans repas	9h	12h	9h	12h
ALSH matin avec repas	9h	14h	9h	14h
ALSH après-midi sans repas	14h	17h	14h	17h
ALSH après-midi avec repas	12h	17h	12h	17h
ALSH journée sans repas	9h/12h	14h/17h	9h/12h	14h/17h
ALSH journée avec repas	9h	17h	9h	17h
Soir après l'accueil principal	17h	19h	17h	18h30

A CONSERVER PAR LA FAMILLE

**Dépôt de dossier d'inscription et facturation des services enfance :
Mairie déléguée de Liré - Mme Mireille BRAULT**

☎ : 02 40 09 08 02

**✉ : 88, rue du 8 mai - BP 11 015 - LIRÉ
49530 ORÉE-D'ANJOU**

💻 : m.brault@oreedanjou.fr

Modifications des inscriptions :

**❖ Restaurant scolaire : m.brault@oreedanjou.fr :
Mairie déléguée de Liré - Mme Mireille BRAULT**

**❖ Accueil périscolaire, Accueil de loisirs des mercredis, des petites
vacances et vacances d'été (ALSH)**

Une seule adresse courriel :

**Maison de l'enfance - Mme Isabelle PITAULT
enfance.lire@oreedanjou.fr**

☎ : 02 40 09 00 52

**✉ : 3 place du Grand Logis - LIRÉ
49530 ORÉE-D'ANJOU**