



# **ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES ECOLE ELEMENTAIRE**

## **REGLEMENT INTERIEUR**

### **MAGALAS**



**REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACCUEIL  
DE LOISIRS PERISCOLAIRES**

**Le Gestionnaire :**

---

Mairie de Magalas, Avenue de la Mairie - 34480 MAGALAS  
Tél. : 04.67.36.20.19 - Fax. : 04.67.36.63.60  
Le Responsable : Monsieur Charles HEY, Maire

**La structure :**

---

Ecole Primaire « Capitaine Bonnet », avenue Capitaine Bonnet - 34480 MAGALAS

**Période de fonctionnement :**

---

En période scolaire

Horaires de fonctionnement (ouverture à 7h30 et fermeture à 18h20 selon demandes et fourniture de justificatif employeur avec le détail des horaires)

De 7h30 à 8h20

De 12h05 à 13h50

Et de 16h30 à 18h20 Garderie du soir

**L'encadrement**

---

***Direction :***

*2 directeurs :*

PAVIA Virginie et CROS Stéphane

*1 directrice-adjointe :*

GRANIER Bénédicte

***Animation :***

Les animateurs seront recrutés en fonction des effectifs (1 animateur pour 14 enfants).

***Prévisions d'encadrement :***

- présence du Directeur ou d'un adjoint pour les temps d'accueil des parents.
- présence obligatoire des animateurs nécessaires en fonction du nombre d'enfants.

**NOUS CONTACTER : A CONSERVER**

**CANTINE**

***Réservations/annulations la veille, avant 10 heures Cantine :***

Auprès de la mairie : Tél 04.67.36.20.19 ou par mail : [cantine@ville-magalas.fr](mailto:cantine@ville-magalas.fr)

**ALP soir Libre:**

***Réservations/ annulations par mail ou par courrier la veille :***

Auprès des directeurs du périscolaires : Tél : 04.67.36.69.72 ou par mail : [cantine@ville-magalas.fr](mailto:cantine@ville-magalas.fr)

## Modalités d'admission

---

### Pour qui ?

Pour les enfants scolarisés dont les deux parents travaillent (justificatif à fournir) pour le temps méridien uniquement.

Ou sur demande expresse pour des motifs réels : maladie de l'un des parents qui ne travaille pas ou visite médicale par exemple.

### Où s'inscrire ?

Au secrétariat de la Mairie de Magalas, avenue de la Maire -34480 MAGALAS

Le secrétariat est ouvert de 8h30 à 12h00 et de 15h00 à 18h00.

### Quand s'inscrire ?

**Inscription juqu'au vendredi 16 Août INCLUS**

**Dans le cas contraire, votre enfant ne sera pas pris en charge sur les différents temps périscolaires (matin, cantine, soir) du Lundi 2 septembre et du Mardi 3 septembre 2019.**

### Comment s'inscrire ?

#### Pièces à fournir :

Les parents doivent fournir tous les renseignements et pièces nécessaires à l'inscription :

- fiche d'inscription
- Planning annuel de pré-inscription
- Fiche de renseignements
- Justificatif d'employeur des deux parents (temps méridien uniquement)
- Attestation d'assurance concernant la responsabilité civile
- Attestation QF CAF ou Avis d'imposition de la famille
- Attestation de sécurité sociale prenant en charge l'enfant
- **Paielement du premier trimestre**

**Si aucune pièce ci-dessus n'est fournie, c'est le tarif le plus haut qui sera appliqué**

Tarifs :

Services d'accueil	QF de 0 à 370€	QF de 371 à 700€	QF de 701 à 800€	QF de 801 à 900€	QF + 901€
ALP matin/garderie midi du mercredi	0.30€	0.35€	0.40€	0.45€	0.50€
ALP méridien repas	3.20€	3.30€	3.40€	3.50€	3.60€
ALP soir	0.80€	0.85€	0.90€	0.95€	1.00€

Le paiement devra être effectué par *chèque à l'ordre du Trésor Public*

### **Modalités de règlement :**

#### A l'inscription :

- Pour le service d'animation du matin et du soir, un acompte de 15€ en chèque sera effectué
- Pour le temps méridien, un chèque sera effectué à l'inscription sur la base des réservations

La facture mensuelle de régularisation sera adressée aux familles qui disposeront d'un délai de 15 jours pour le règlement. En cas de non-paiement, une procédure de recouvrement par le Trésor Public sera engagée.

### **Toutes les réservations aux divers services seront facturées sauf cas suivants :**

1. Maladie ou absence de l'enfant, le repas ne sera pas facturé à condition de prévenir, la mairie, la veille avant **10 heures** pour l'absence du lendemain.
2. Fermeture complète de l'établissement pour 1 ou plusieurs jours.

**Toutes les inscriptions aux divers services sont valables pour toute l'année scolaire, En cas d'arrêt ou de modifications, les parents doivent prévenir la Mairie.**

## **Respect :**

### **Les règles de vie sont établies en début d'année avec les enfants.**

Les enfants doivent être polis, respectueux des règles établies.

Ils doivent respecter les consignes données par les animateurs.

Ils doivent se respecter mutuellement (ni coups, ni insultes)

Ils doivent prendre soin du matériel prêté.

Il est fortement déconseillé d'amener des objets de valeur, toute responsabilité en cas de vol ou de perte sera déclinée.

En aucun cas, les Directeurs ou animateurs ne doivent être pris à partie (surtout devant les enfants) ou faire l'objet d'altercation ou d'injonction de la part des parents d'élèves.

A chaque fin de période au cours d'une réunion regroupant tous les intervenants des différents temps, nous attribueront une couleur qui correspondra au respect des règles de vie dont l'enfant a fait preuve.

Ces mêmes règles de vie seront établies entre les enfants et les animateurs dans les premières semaines du mois de septembre. Les règles de vie établies, elles pourront être consultées sur demande dans le bureau des directeurs du Périscolaires.

En fin d'année scolaire, seuls les enfants «VERT »et « ORANGE » participeront sur le temps de la cantine à 1,2ou 3 sorties au stade (Pique-nique).

Vert : RESPECTIEUX

Orange : RESPECTIEUX DE TEMPS EN TEMPS

Rouge : IRRESPECTUEUX

## **Sanctions :**

Les enfants ne respectant pas les règles de vie ou les adultes et camarades, se verront réprimandés et un entretien avec les parents pourra être demandé.

Si le mauvais comportement vient à perdurer, l'enfant fera l'objet d'une sanction signalée par lettre aux parents, un avertissement, voire même une exclusion temporaire en cas de récidive pourra être envisagée.

**Toute forme de violence est proscrite et peut entraîner une exclusion sans avertissement écrit préalable.**

## **Santé : les médicaments sont interdits**

Sauf pour les longues maladies et/ou les maladies chroniques, un P.A.I. (Projet Accueil Individualisé) étant établi entre la famille et son médecin traitant, l'école et la médecine scolaire, la Commune et les responsables du service.

## **Sécurité :**

### **Lors des activités dans la structure :**

Les enfants sont surveillés par les animateurs.

Par le biais du dossier d'informations, les parents autorisent les Directeurs et les animateurs à intervenir en cas de nécessité. Les parents seront immédiatement tenus au courant.

A cet effet tout changement d'adresse ou de numéros de téléphone doit être signalé.

Si un problème se pose ou si un changement important s'est produit dans la vie familiale pouvant modifier le comportement de l'enfant, les parents sont invités à venir en parler aux Directeurs.

### **A la fin de la journée :**

Les enfants seront remis aux personnes autorisées.

La structure ferme ses portes à 18h20, aucun retard ne sera accepté.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES

École ELEMENTAIRE - Année scolaire 2019-2020

Classe : \_\_\_\_\_

ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ NOM d'usage : \_\_\_\_\_ Sexe : M · F ·

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_ Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**Mère** NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui · Non ·

NOM marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Père** Autorité parentale : Oui · Non ·

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui · Non ·

Organisme : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ · A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ · Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ · A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ · Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

**Cadre réservé à l'administration :**

Attestation employeur du Père :

Attestation d'assurance :

Attestation employeur de la Mère :

Attestation sécurité sociale :

<b>SEPTEMBRE 2019</b>																			
	M	M	S		M	M	S		M	M	S		M	M	S		M	M	S
L 02				L 09				L 16				L 23				L 30			
M03				M 10				M 17				M 24							
M04				M 11				M 18				M 25							
J 05				J 12				J 19				J 26							
V 06				V 13				V 20				V 27							
<b>OCTOBRE 2019</b>																			
				L 07				L 14				L 21				L 28			
M01				M 08				M 15				M 22				M 29			
M02				M 09				M 16				M 23				M 30			
J 03				J 10				J 17				J 24				J 31			
V 04				V 11				V 18				V 25							
<b>NOVEMBRE 2019</b>																			
				L 04				L 11				L 18				L 25			
				M 05				M 12				M 19				M 26			
				M 06				M 13				M 20				M 27			
				J 07				J 14				J 21				J 28			
V 01				V 08				V 15				V 22				V 29			
<b>DECEMBRE 2019</b>																			
L02				L09				L16				L23				L 30			
M03				M10				M17				M24				M 31			
M04				M11				M18				M25							
J05				J12				J19				J26							
V06				V13				V20				V27							
<b>JANVIER 2020</b>																			
				L 06				L 13				L 20				L 27			
				M 07				M 14				M 21				M 28			
M01				M 08				M 15				M 22				M29			
J02				J 09				J 16				J 23				J 30			
V03				V 10				V 17				V 24				V 31			
<b>FEVRIER 2020</b>																			
				L03				L 10				L 1				L 24			
				M 04				M 11				M 18				M 25			
				M 05				M 12				M 19				M26			
				J 06				J 13				J 20				J27			
				V 07				V 14				V 21				V 28			
<b>MARS 2020</b>																			
L 02				L 09				L 16				L23				L 30			
M03				M 10				M 17				M 24				M 31			
M04				M 11				M 18				M 25							
J05				J 12				J 19				J 26							
V06				V 13				V 20				V 27							
<b>AVRIL 2020</b>																			
				L06				L 13				L20				L27			
				M 07				M 14				M 21				M28			
M01				M 08				M 15				M 22				M 29			
J 02				J 09				J 16				J 23				J 30			
V03				V 10				V 17				V24							
<b>MAI 2019</b>																			
				L 04				L 11				L 18				L 22			
				M 05				M 12				M 19				M 26			
				M 06				M 13				M 20				M 27			
				J 07				J 14				J 21				J 28			
V01				V 08				V 15				V 22				V29			
<b>JUIN 2020</b>																			
L01				L08				L15				L22				L 29			
M02				M09				M16				M23				M 30			
M03				M10				M17				M24				M 1/07			
J04				J11				J18				J25				J 02/07			
V05				V12				V19				V26				V 3/07			

**EN COURS D'ANNEE, si mon enfant cesse de fréquenter ces services, je m'engage à le communiquer à la Mairie, faute de quoi, je paierai les réservations liées à l'inscription annuelle.**

**INSCRIPTION ANNUELLE ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES ET RESTAURATION SCOLAIRE**

**INSCRIPTION ANNUELLE ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES  
ET RESTAURATION SCOLAIRE**

**POUR LES ENFANTS DE L'ECOLE ELEMENTAIRE**

Je soussigné (Nom du Représentant légal /parent) .....

Adresse .....

Caisse de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° Allocataire (caf) : \_\_\_\_\_

➤ Déclare avoir pris connaissance du règlement et inscrire mon enfant,  
(Nom de l'enfant) ..... Aux services indiqués ci-dessous.

**ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES :**

ALP **Matin** : de 7h30 à 8h20

**RESTAURATION SCOLAIRE**

- A la semaine
  - ..... jour(s) fixe(s) par semaine :      lundi    mardi    jeudi    vendredi
  - ..... jours non fixes (planning à déterminer à l'avance – tableau planning d'inscription)
- Cocher les cases des moments choisis.

Je souhaite participer à votre démarche pédagogique et souhaite que mon enfant goûte à tout.\*  
Je ne souhaite pas participer à votre démarche pédagogique et je ne souhaite pas que mon enfant goûte à tout.\*  
Rayer la mention inutile

**ALP Soir**  Cocher les cases des moments choisis

	<i>LUNDI</i>	<i>MARDI</i>	<i>JEUDI</i>	<i>VENDREDI</i>
<b>ALP Soir 16h45-18h20</b>				
<b>JE M'ENGAGE A RECUPERER MON ENFANT APRES 17H45</b>			<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Aide aux devoirs (Pas d'activités fixes)</b>				
<b>Je souhaite que mon enfant participe aux activités fixes Jusqu'à 17h45</b>	<i>CP/CE1</i>	<i>Arts plastiques</i>	<b>Pas d'activités fixes</b>	
	<i>Arts plastiques</i>	<i>CE2/CM1/CM2</i>		
<b>Autorise mon enfant à partir seul de l'ALP à 18h20</b>	<b>OUI</b>		<b>NON</b>	

## AUTORISE MON ENFANT à :

- Participer aux différentes activités proposées en  
Dehors de l'école (Déplacement à pied ou en bus)      oui       Non
- Etre pris en photos, filmé, enregistré durant les activités      oui       Non

### Dispositions finales

---

Ce règlement a été établi dans le seul but de permettre un bon fonctionnement de l'accueil de loisirs dans l'intérêt des enfants sur le plan physique, affectif et sur le plan de la sécurité.

Le présent règlement sera distribué à chaque parent inscrivant un ou plusieurs enfants.

Les parents devront en prendre connaissance avec leurs enfants, le signer et faire en sorte qu'il soit appliqué scrupuleusement

Le Maire  
Charles HEY

Je soussigné .....

Responsable de.....

Avoir pris connaissance avec mon enfant de ce présent règlement et d'en accepter les termes.

Signature parents

Signature enfant

Père

Mère





MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008\*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, Hépatite B, Rubéole Oreillons Rougeole, Coqueluche, BCG, 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 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 pris sans ordonnance.

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

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'oui' and 'non' checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---