
**REGLEMENT INTERIEUR
DE
L'ACCUEIL PERISCOLAIRE**
Année scolaire 2025 - 2026

1. Un accueil périscolaire est organisé par l'OGEC tous les jours de classe de **7 h 30 à 8 h 35 et de 16 h 30 à 18 h 45 du lundi au vendredi.**
2. Les enfants et les parents utilisateurs de l'accueil périscolaire devront respecter les consignes de sécurité et de discipline faisant partie du règlement.
 - ◆ Les parents ou le responsable de l'enfant doit accompagner celui-ci pour le confier personnellement à l'une des animatrices dans la salle d'accueil. Un cahier de présence journalière sera tenu par la personne ayant en charge l'accueil périscolaire.
 - ◆ L'ouverture de l'APS à 7 h 30 s'entend à partir de 7 h 30. **Aucun enfant ne doit être déposé avant cette heure pour des raisons évidentes de sécurité.** L'OGEC ne saurait être tenue responsable en cas d'incident.
 - ◆ **La fermeture est fixée à 18 h 45 ce qui implique que les enfants doivent être pris en charge avant cette heure limite.**
Le règlement tient compte bien sûr des retards à caractère exceptionnel pour lesquels il convient, dans la mesure du possible, d'avertir les assistantes à ce numéro de téléphone 02-40-72-75-13.
En cas de retard important, la personne que vous aurez désignée sur la fiche d'inscription sera contactée pour prendre en charge l'enfant. **Tout retard injustifié ou présentant un caractère répétitif sera sanctionné : une participation forfaitaire d'un montant de 15 € vous sera facturée. Si malgré les avertissements, les retards devaient continuer l'enfant serait refusé à l'accueil périscolaire pour une durée de 8 jours.**
3. Les enfants arriveront à l'accueil périscolaire vêtus comme pour leur arrivée à l'école. Les enfants qui apportent leurs jouets personnels devront demander l'accord de la responsable.
4. Les activités proposées ne remplaceront en rien celles proposées en classe et ne devront pas être des activités en plus. Elles n'auront pas de caractère obligatoire. Elles se feront dans le calme et la tranquillité. Cependant les élèves de CE2, CM1 et CM2 devront obligatoirement se rendre dans la salle d'études, de 16 h 45 à 17 h 30 où ils seront pris en charge par un animateur de l'APS. Les élèves commenceront ainsi leurs devoirs, dans un espace calme et consacré uniquement à cette activité.
5. Pour les enfants venant régulièrement toute l'année, les inscriptions se feront à la rentrée scolaire. **Pour le service occasionnel, les enfants ne pourront être admis qu'après avoir fait l'objet d'une inscription écrite.** Celle-ci se fera sur les lieux de l'accueil, au plus tard la veille de la présence de l'enfant. Aucun enfant ne sera accepté sans cette inscription. Il est recommandé de prévenir le secrétariat ou l'animatrice la semaine précédente, de la présence de l'enfant, l'enfant étant accepté sous réserve du nombre de places disponibles.



6. L'accueil périscolaire devant bénéficier des aides de la CAF, le tarif tient compte du quotient familial des parents. Les familles du régime général de la CAF bénéficient d'un tarif moins élevé parce que le complément est apporté par la CAF. Le quotient familial des familles pourra être revu au mois de janvier suite au changement d'année de ressources pratiquée par la CAF. Tout changement de situation familiale ou professionnelle susceptible d'entrainer une modification du quotient familial doit être signalé à la CAF et à l'accueil périscolaire.

Grille de tarif accueil périscolaire année 2025 – 2026
Tarif à l'heure

Quotient familial	Régime général
Inférieur à 500	1.72 €
Compris entre 501 et 800	1.98 €
Compris entre 801 et 1000	2.50 €
Compris entre 1001 et 1200	2.74 €
Supérieur à 1200	3.00 €

* **CAF + MSA**

- tarif horaire payable à la demi-heure (toute demi-heure commencée est due)
- le bureau peut être amené à modifier les tarifs
- Petit déjeuner : 1.20 € sera **servi aux enfants arrivant entre 7 h 30 et 7 h 45.**

7. L'adhésion annuelle est fixée à 5 € par famille, cette somme sera à régler en septembre et **n'est pas remboursable en cas de non-utilisation.**
8. Les heures d'accueil périscolaire seront facturées mensuellement ainsi que les petits déjeuners. **Nous vous invitons à régler par prélèvement automatique mensuel**, tiré le 13 du mois suivant. (aucun oubli, ni de rappel, un mois est très vite passé !). Il vous suffit pour cela de remplir le mandat ci-joint accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire. Sauf avis contraire de votre part, votre contrat de mensualisation est automatiquement reconduit pour l'année suivante. A défaut, le règlement s'effectuera par chèque bancaire à l'ordre de l'OGEC « Ecole Sainte Marie » au plus tard le 13 du mois suivant. Le règlement peut aussi être effectué à l'aide des CESU.
 La garde des enfants âgés de moins de 6 ans le 1er janvier de l'année d'imposition, peut ouvrir droit à une réduction d'impôts sur le revenu. Pour justificatifs conservé vos factures.
9. L'OGEC se dégage de toutes responsabilités en cas de non-respect du règlement du fonctionnement de l'accueil périscolaire et des consignes de sécurité fixées par l'école Sainte Marie qui met à disposition les locaux. Une délégation de pouvoir sera signée par la famille pour permettre à la personne responsable de l'accueil ou sa remplaçant de prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.
10. Ci-joint une fiche d'inscription à l'accueil périscolaire ainsi qu'une attestation d'acceptation du règlement de l'accueil périscolaire de votre (vos) enfant(s). Après avoir pris connaissance du présent règlement et après vous êtes engagé à le respecter, veuillez **dater et signer ces fiches et nous les retourner pour le 4 juillet.**

Nous sommes à votre disposition pour tout échange et complément d'information.

Le bureau OGEC

Les cheffes d'établissement

Année scolaire 2025 – 2026

FICHE D'INSCRIPTION

A
L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Nom :

Quotient familial :

Prénom :

N° de téléphone personnel : / / / /

N° de téléphone du travail du père : / / / /

N° de téléphone du travail de la mère : / / / /

Nom de la personne à contacter en cas de retard le soir :

N° de téléphone : / / / /

Nom et prénom de l'allocataire :

N° de l'allocataire CAF ou MSA :

ou profession de l'allocataire :

Je soussigné(e)

Madame ou Monsieur Parent de

déclare avoir pris connaissance du présent règlement et m'engage à le respecter.

Mode de paiement : Prélèvement mensuel CESU

(si prélèvement mensuel celui-ci s'effectuera sur le même compte que la contribution des familles)

Fait à,

Le

Signature :

A compléter et à retourner pour le 4 juillet 2025



Année scolaire 2025 – 2026

**ATTESTATION D'ACCEPTATION
DU REGLEMENT INTERIEUR
DE L'ACCUEIL PERISCOLAIRE**

1. Les parents doivent accompagner les enfants à l'accueil périscolaire.
2. Le cahier de présence doit être signé à l'arrivée et au départ de l'enfant.
3. Les parents ou responsables des enfants s'engagent à respecter les horaires (à partir de 7 h 30 le matin, avant 18 h 45 le soir)
4. Tout dépassement même minime sera dû.
5. Tout retard répété ou injustifié sera sanctionné.
6. Plusieurs avertissements aboutiront à l'exclusion de l'enfant pour une durée de 8 jours.
7. L'accueil périscolaire n'est pas un temps de soutien scolaire.
8. Les goûters seront fournis par les parents.
9. Les petits déjeuners seront payables mensuellement.
10. Seuls les enfants inscrits seront acceptés au périscolaire.
11. En cas de non-paiement d'un mois dû à son terme, sans explication des parents, l'école se réserve le droit de ne pas réadmettre l'enfant pour le mois suivant

Je soussigné(e),

Madame ou Monsieur, parent de déclare avoir pris connaissance du règlement et m'engage à le respecter.

Fait à

Le

Signature :

ACCUEIL PERISCOLAIRE
ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

**FICHE
SANITAIRE DE
LIAISON**

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**pas de photocopie**

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

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif 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 AIGÜ 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 : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? Oui non

A RETOURNER POUR LE 4 Juillet 2025

Tourner SVP



PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE OU LE TRAITEMENT ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Autorisation de transport en car : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux sorties occasionnelles : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :