



**ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES  
ECOLE ELEMENTAIRE  
« SIMONE VEIL »**

**REGLEMENT INTERIEUR**



MAGALAS

**L'inscription sur le PORTAIL FAMILLE sera OBLIGATOIRE dès la rentrée**  
<https://portail.berger-levrault.fr/MairieDeMagalas34480/accueil>

pour :

- vos demandes de réservations/annulations aux services
- payer en ligne vos factures

**Un identifiant sera communiqué aux familles qui ne l'ont pas, après vérification du dossier COMPLET)**

**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 -  
Le Responsable : Monsieur LAPANOUSE Philippe

**La structure :**

---

Ecole Primaire « Simone VEIL » - 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 11h50 à 13h40

Et de 16h30 à 18h20 Garderie du soir

**L'encadrement**

---

**Direction :**

2 directeurs :

PAVIA Virginie et CROS Stéphane

1 directeur-adjoint : BIOULES Florian

**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 pour le repas du Lundi, le Jeudi avant 10 heures**

**Mardi, le Vendredi avant 10 heures**

**Jeudi, le Mardi avant 10 heures**

**Vendredi, le Mercredi avant 10 heures**

**\*Directement sur le portail famille avec votre identifiant (à demander en mairie)**

**\*par mail : [cantine@ville-magalas.fr](mailto:cantine@ville-magalas.fr)**

**\*Après du service périscolaire directement : Tél 04.67.36.69.72**

**ALP soir :**

**\*Directement sur le portail famille avec votre identifiant (à demander en mairie)**

**\*Réservations/ annulations par mail : [cantine@ville-magalas.f](mailto:cantine@ville-magalas.f)**

**\*Après des directeurs du périscolaires : Tél : 04.67.36.69.72**

## 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 jusqu'au vendredi 07 Août INCLUS**

**Dans le cas contraire, votre enfant ne sera pas pris en charge sur les différents temps périscolaires (matin, cantine, soir) de la semaine de rentrée (soit du 01 au 04 septembre)**

### 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

**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	0.30 €	0.35 €	0.40 €	0.45 €	0.50 €
ALP méridien repas	3.95 €	4.05 €	4.15 €	4.25 €	4.35€
ALP soir	0.80 €	0.85 €	0.90 €	0.95 €	1.00 €

### **Modalités de règlement :**

En début de mois une facture sera adressée aux familles (dans le cartable de l'enfant) qui **disposeront d'un délai de 10 jours pour le règlement**. En cas de non-paiement, une procédure de recouvrement par le Trésor Public sera engagée.

**Le Paiement en ligne via le portail doit être privilégié (en respectant la date limite de paiement)**

<https://portail.berger-levrault.fr/MairieDeMagalas34480/accueil>

**Paiement en Mairie : carte bancaire ou espèces**

**En cas de maladie, sans annulation dans les délais imposés par le traiteur (voir tableau « nous contacter »), toutes les réservations liées à la restauration scolaire seront facturées. Le certificat médical ne permettra pas le remboursement du ou des repas.**

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. Les réservations qui n'auraient pas été annulées seront facturées.

## « Le vivre ensemble »

---

### Respect :

**Les règles de vie, ainsi que les petites sanctions seront établies en début d'année avec les enfants. Suite à cela, une charte de vivre ensemble sera établie. Elle sera consultable sur demande auprès des directeurs périscolaires.**

Les petits manquements aux règles de vie (établies avec les enfants) seront sanctionnés par un avertissement oral. En cas de non-respect de cet avertissement, une sanction sera mise en place.

Pouvant aller d'une mise sur le côté en observation de l'activité (Matin/Midi/Soir) pendant 10 minutes, à s'il y a récurrence et que le comportement ne change pas, ne pas laisser la possibilité à l'enfant de choisir son activité et dans ce cas l'intégrer dans le groupe de notre choix.

Si ces manquements viennent à perdurer, un mail sera adressé aux parents afin de les informer de la situation et du comportement de leur enfant.

Les manquements graves que sont :

- Mal parler (adultes et enfants)
- Violence physique volontaire
- Manipulation affective, moquerie
- Affabulation (mensonge)
- Attitude irrespectueuse

Eux seront directement sanctionnés (mail adressé aux parents).

**Un avertissement** par écrit sera adressé par courrier aux parents et une entrevue avec les parents sera demandée.

**3 avertissements** : 1 jour d'exclusion des services

**6 avertissements** : 1 semaine d'exclusion des services

**9 avertissements** : exclusion des services

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.

*Nous sommes disponibles et ouverts à la communication. Par mail [cantine@ville-magalas.fr](mailto:cantine@ville-magalas.fr)*

*Tel : 04 /67/36/69/72*

*OU tous les jours au bureau entre 16h30 et 18h20*

**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 sous la surveillance et l'encadrement des 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.

## Dans une démarche pédagogique j'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 tant sur le plan physique et affectif que 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

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

**Planning d'inscription aux services - à compléter obligatoirement pour les réservations :**

<b>SEPTEMBRE 2025</b>																			
	M	M	S		M	M	S		M	M	S		M	M	S		M	M	S
				L 07				L 14				L 21				L 28			
M 01				M 08				M 15				M 22				M 29			
M 02				M 09				M 16				M 23				M30			
J 03				J 10				J 17				J 24							
V 04				V 11				V 18				V 25							
<b>OCTOBRE 2025</b>																			
				L 05				L 12				L 19				L 26			
				M 06				M 13				M 20				M 27			
				M 07				M 14				M 21				M 28			
J 01				J 08				J 15				J 22				J 29			
V02				V 09				V 16				V 23				V 30			
<b>NOVEMBRE 2025</b>																			
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							
V06				V 13				V 20				V 27							
<b>DÉCEMBRE 2025</b>																			
				L 07				L14				L 21				L28			
M01				M08				M15				M 22				M29			
M02				M09				M16				M 23				M 30			
J03				J10				J 17				J 24				J 31			
V04				V11				V18				V 25							
<b>JANVIER 2026</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			
V01				V 08				V 15				V 22				V 29			
<b>FÉVRIER 2026</b>																			
L 01				L 08				L 15				L 22							
M02				M 09				M 16				M 23							
M03				M 10				M 17				M 24							
J 04				J 11				J 18				J 25							
V05				V 12				V 19				V 26							
<b>MARS 2026</b>																			
L 01				L 08				L 15				L 22				L 29			
M02				M 09				M 16				M 23				M30			
M03				M 10				M 17				M 24				M31			
J 04				J 11				J 18				J 25							
V05				V 12				V 19				V 26							
<b>AVRIL 2026</b>																			
				L 05				L 12				L 19				L 26			
				M 06				M 13				M 20				M 27			
				M 07				M 14				M 21				M 28			
J 01				J 08				J 15				J 22				J 29			
V02				V 09				V 16				V 23				V 30			
<b>MAI 2026</b>																			
L 03				L 10				L 17				L 24				L31			
M04				M 11				M 18				M 25							
M05				M 12				M 19				M 26							
J 06				J 13				J 20				J 27							
V07				V 14				V21				V 28							
<b>JUIN 2026 / JUILLET 2026</b>																			
				L 07				L14				L 21				L28			
M01				M08				M15				M 22				M29			
M02				M09				M16				M 23				M 30			
J03				J10				J 17				J 24				<u>J 01/07</u>			
V04				V 11				V 18				V 25				<u>V 02/07</u>			

**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) :.....

Mon enfant a un dossier MDPH : Oui  Non

Mon enfant bénéficie de l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) Oui  Non

***Si Oui, fournir impérativement la notification précisant l'ouverture des droits à l'AEEH***

➤ Je déclare avoir pris connaissance du règlement  Oui  et  
souhaite inscrire mon enfant, (Nom et prénom de l'enfant) .....  
aux services indiqués ci-dessous :

**\*ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES DU MATIN**

**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 – voir tableau planning d'inscription***)
- Cocher les cases des moments choisis.

**Rayer la mention inutile**

\*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.

**Votre enfant soit-il un régime alimentaire particulier :**

NON     OUI  Si oui lequel (sans viande, sans porc, PAI Repas\*) .....

***\*Si PAI repas, merci de le joindre au dossier***

**\*ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES DU 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>Aide aux devoirs</b> <b>JE M'ENGAGE A RECUPERER</b> <b>MON ENFANT APRES 17H45</b>				Pas d'aide aux devoirs ce jour.
<b>Autorise mon enfant à partir seul de l'ALP à 18h20</b>	<i>OUI</i>		<i>NON</i>	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES

École ELEMENTAIRE - Année scolaire 2026-2027

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

**ÉLÈVE**

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

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 : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**Père** Autorité parentale : Oui  Non

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**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 employeur de la Mère :

Attestation d'assurance :

Attestation sécurité sociale :

Planning d'inscription aux services - à compléter obligatoirement pour les réservations :

# FICHE DE LIAISON 2026/27

Année 2026-2027  
CLASSE :

**Information de l'enfant :**  
**NOM :**  
**Prénom :**  
**Date de naissance :**  
**Garçon**  **Fille**

**VACCINATIONS** (POSSIBILITE DE METTRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE)

OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	RECOMMANDEES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT Polio</b>				Antimeningo C	
				Autres (à préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'année scolaire ?  OUI  NON  
Nom et Tel du médecin Traitant .....

Si oui, un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) devra être mis en place. Veuillez-vous rapprocher du directeur de la structure. Aucun médicament ne sera délivré sur le temps périscolaire.

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

RUBEOLE OUI / NON	VARICELLE OUI / NON	ANGINE OUI / NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI / NON
COQUELUCHE OUI / NON	OTITE OUI / NON	ROUGEOLE OUI / NON	OREILLONS OUI / NON	SCARLATINE OUI / NON

**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES OUI / NON      MEDICAMENTEUSES OUI / NON  
ASTHME OUI / NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :  
.....  
.....  
.....

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE AINSI QUE LES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (N'hésitez pas à vous rapprocher des responsables de structure pour tous cas méritant une attention particulière) :

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