



MAIRIE D'USSY SUR MARNE  
2 Rue de Changis  
77260 USSY SUR MARNE

Téléphone : 01.60.22.13.17

**A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 03 JUILLET 2020**

Tout retard entraînera une mise en liste d'attente

**INSCRIPTION SERVICE PERISCOLAIRE  
ANNEE : 2020/2021**

**Enfant :**

Nom : ..... Classe : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Responsable :**

Nom et prénom du père : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Adresse mail (\*) : .....

Nom et prénom de la mère : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Adresse mail (\*) : .....

(\*) Les factures vous seront envoyées à cette adresse

N° de la C.A.F : .....

**Je désire inscrire mon enfant (cocher les cases) :**

CANTINE

Tous les Jours	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnellement

Le jour de la rentrée mardi 01/09/20

oui

non

*Tarif pour les Ussois : 3.30 €*

*Tarif pour les enfants hors commune : 3.80 €*

*Tarif sans repas : 1.00 € (PAI)*

GARDERIE

*Tarif pour les Ussois : 1.30 € le matin et 2.20 € le soir*

*Tarif pour les enfants hors commune : 1.80 € le matin et 3.10 € le soir*

TRANSPORT SCOLAIRE pour les hameaux (sous réserve d'un minimum de 5 enfants).

*Tarif annuel de 24€- inscription auprès du Département 77 (informations en Mairie)*

	Adresse Employeur	N° Téléphone
Mère		
Père		

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

**NOM et PRENOM :** .....

**N° de téléphone :** .....

**Médecin :**

**NOM :** .....

**N° de téléphone :** .....

**Personnes autorisées à reprendre l'enfant (autre que les parents) :**

.....  
 .....

**Recommandations particulières concernant l'enfant : (PAI / allergies / régime alimentaire / traitement particulier : voir article 15 du règlement)**

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

Je soussigné, M..... autorise le personnel de la mairie à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

**Fait à USSY SUR MARNE,**

**Le :**

**Signature du responsable de l'enfant**



**MAIRIE D'USSY SUR MARNE**  
**2, Rue de Changis**  
**77260 USSY SUR MARNE**  
**Téléphone : 01.60.22.13.17**

**REGLEMENT INTERIEUR SERVICE PERISCOLAIRE**  
**ANNÉE 2020 /2021**

**Vu la délibération définissant les modalités de fonctionnement des services.**

**Article 1** : Les services périscolaires sont réservés aux enfants scolarisés à l'école maternelle et élémentaire d'Ussy sur Marne.

**Article 2** : Une inscription en Mairie devra être enregistrée, accompagnée de la fiche sanitaire pour que les enfants puissent fréquenter les services périscolaires. Cette inscription sera à renouveler pour chaque année scolaire.

**Article 3** : A chaque rentrée scolaire, l'inscription ne sera acceptée que si les factures de l'année scolaire précédente sont acquittées auprès de la Mairie ou du Trésor Public.

**Article 4** : Les horaires de fonctionnement sont fixés comme suit :  
Les jours scolaires

- Cantine : 12h00 à 13h35 (lundi, mardi, jeudi, vendredi)
- Garderie : 7h00 à 8h50 et 16h45 à 19h00 (lundi, mardi, jeudi, vendredi)

En dehors des horaires de fonctionnement, les enfants ne sont plus sous la responsabilité de la commune. De même, la commune n'est pas engagée si l'enfant ne se présente pas aux services périscolaires. A charge pour les parents d'accompagner l'enfant jusqu'à la personne responsable, il en est de même pour reprendre son enfant. En aucun cas, l'enfant ne peut être déposé à la garderie le matin par le car de ramassage.

Aucun enfant ne sera autorisé à quitter les services périscolaires seul ; une autorisation écrite, datée et signée du responsable légal de l'enfant sera exigée pour toute autre personne devant récupérer l'enfant.

**Article 5** : En cas de retard, les parents doivent prévenir la personne responsable de la garderie et prendre leur disposition pour qu'une personne désignée récupère l'enfant sous présentation d'un titre d'identité. Après 19h, nous serons contraints de confier l'enfant aux services de Gendarmerie. Si les retards se reproduisent trop souvent, l'enfant sera exclu des services périscolaires.

**Article 6** : Les tarifs sont fixés par délibération du Conseil Municipal pour chaque année scolaire.

**Article 7** : Les paiements se font à termes échus, la 1<sup>ère</sup> facture sera adressée début Octobre. Le paiement est à régler en espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor Public. **Seules les absences prévues dans les délais seront décomptées.**

En cas d'absence d'un enseignant, les repas commandés seront également facturés.

En cas d'absence prévue (sortie scolaire, grève, longue maladie...), c'est aux parents de nous prévenir dans les délais, sinon la prestation vous sera facturée.

**EN CAS D'ABSENCE DE VOTRE ENFANT A LA CANTINE, IL CONVIENT D'ANNULER LA RESERVATION SUR LE PORTAIL FAMILLE OU DE PREVENIR LA MAIRIE AU : 01.60.22.13.17 avant 10h00 (lundi pour mardi, mardi pour jeudi, jeudi pour vendredi, vendredi pour lundi)**

**AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA FAIT**

Les services périscolaires fonctionnent dès le premier jour de la rentrée des classes.

**Article 8** : Les factures vous seront adressées par mail.

**Article 9** : Les parents ayant signé lors de l'inscription une autorisation d'intervention médicale, le personnel de la mairie est autorisé à prendre toutes les dispositions médicales et chirurgicales que nécessiterait l'état de santé de l'enfant.

**Article 10** : La commune décline toute responsabilité en cas de perte de vêtements, bijoux ou d'objets de toute nature.

**Article 11** : Fournir une serviette de table marquée au nom de l'enfant.

**Article 12** : Le service périscolaire n'étant pas obligatoire, votre enfant devra adopter une attitude calme pendant le repas, se tenir correctement à table et respecter le personnel communal. Toutes fautes graves, dégradations, violence ou manque de respect vis-à-vis du personnel et des autres enfants, pourra entraîner un avertissement par courrier dans un premier temps, puis le renvoi temporaire ou définitif de votre enfant de la cantine ou de la garderie, dans un second temps.

**Article 13** : La personne responsable des services périscolaires est chargée de l'application du présent règlement.

**Article 14** : Les parents doivent souscrire une assurance pour les activités extra scolaires, la commune assurant le personnel et les locaux.

**Article 15** : Les parents dont les enfants présentent une pathologie particulière ou des allergies devront fournir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) et devront prendre contact avec la Mairie, afin de déterminer la prise en charge sous conditions ou la non prise en charge de l'enfant à la cantine. Si le PAI n'est pas transmis en Mairie, l'enfant ne pourra pas fréquenter les services périscolaires.

**Fait à Ussy sur Marne, le**

**Signature du responsable  
légal de l'enfant, précédée  
de la mention « lu et approuvé »**



<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;"><b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b></p>	<p style="margin: 0;"><b>1 – ENFANT</b></p> <p style="margin: 5px 0;">NOM : _____</p> <p style="margin: 5px 0;">PRÉNOM : _____</p> <p style="margin: 5px 0;">DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="margin: 10px 0;">GARÇON <input type="checkbox"/>    FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

**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).

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

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 ?**

<p><b>RUBÉOLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>VARICELLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ANGINE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>SCARLATINE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>
<p><b>COQUELUCHE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>OTITE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ROUGEOLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>OREILLONS</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	

**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**

---

---

---