

**EXTRAIT  
DU REGISTRE DES DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL MUNICIPAL**

**L'AN DEUX MILLE QUATORZE LE 15 décembre (15/12/2014)**

Le Conseil municipal de la Commune de Moissac étant réuni au lieu ordinaire de ses séances, après convocation faite le 9 décembre, sous la présidence de Monsieur HENRYOT Jean-Michel, a été appelé à délibérer sur les questions suivantes :

**ETAIENT PRESENTS:** M. Jean-Michel HENRYOT, **Maire,**

Mme Colette ROLLET, M. Daniel BOTTA, Mme Maïté GARRIGUES, M. Michel CASSIGNOL, Mme Maryse BAULU, M. Jean-Luc HENRYOT, Mme Muriel VALETTE, M. Daniel CALVI, M. Jérôme VALETTE, **Adjoints,**

Mme Anne-Marie SAURY, Mme Pierrette ESQUIEU, M. Pierre FONTANIE, Mme Eliette DELMAS, Mme Christine HEMERY, M. Maurice ANDRAL, Mme Fabienne MAERTEN, Mme Sabine AUGE, M. Jean-Luc GARRIGUES, M. Mathieu RICHARD, M. Pierre GUILLAMAT, M. Gilles BENECH, Mme Marie CASTRO, Mme Valérie CLARMONT, M. Gérard VALLES, Mme Christine FANFELLE, M. Franck BOUSQUET, Mme Marie-Claude DULAC, M. Patrice CHARLES, **Conseillers Municipaux**

**ETAIENT REPRESENTES :**

Mme Michèle AJELLO DUGUE (représentée par M. Michel CASSIGNOL), M. Michel PIRAME (représenté par Mme Pierrette ESQUIEU), Mme Fabienne GASC (représentée par Mme Maïté GARRIGUES), **Conseillère Municipale.**

**ETAIT EXCUSE :**

M. Aïzen ABOUA, **Conseiller Municipal**

Mme Daniel CALVI est nommé secrétaire de séance.



**25 – 15 Décembre 2014**

**P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) ET P.I.L.I. (PROJET D'INTEGRATION AUX LOISIRS INDIVIDUALISES)**

Rapporteur : Mme GARRIGUES

**Vu** la délibération n° 24 du conseil municipal du 22 novembre 2012.

**Considérant** le recrutement d'une éducatrice chargée de l'élaboration et du suivi du projet visant l'intégration des enfants en situation de handicap sur les structures de loisirs municipales.

**Considérant** que le P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) définit clairement le protocole à mettre en place pour accueillir les enfants présentant des maladies chroniques dans les meilleures conditions en accord avec la famille et le médecin traitant.

**Considérant** que le P.A.I. peut être différent de celui déjà mis en place sur le temps scolaire (rythme de journée et activités proposées différents),

**Considérant** que le P.I.L.I. (Projet d'Intégration aux Loisirs Individualisé) doit permettre aux enfants atteints d'un handicap de bénéficier d'un accueil préparé, adapté et suivi, grâce à un travail en collaboration avec tous les acteurs réunis autour de l'enfant (famille, services spécialisés, médecins, équipe éducative, équipe d'animation...).

**Considérant** que le P.I.L.I. doit permettre à l'équipe d'animation de mettre en place des stratégies afin d'offrir à l'enfant un accueil adapté à ses besoins et une meilleure intégration.

Entendu l'exposé de Monsieur le Maire, considérant qu'il convient d'établir un P.A.I ou un P.I.L.I pour des enfants dont l'état de santé ou autre le nécessitent,

**Le conseil Municipal**  
**Après en avoir délibéré,**  
**A 30 voix pour et 2 voix contre (Mme DULAC, M. CHARLES)**

**APPROUVE** les termes du P.A.I et du P.I.L.I suivants

**AUTORISE** Monsieur Le Maire à signer les P.A.I et les P .I.L.I entre la commune de Moissac et les différents partenaires concernés.

**DIT** que cette délibération annule et remplace la délibération n° 24 du conseil municipal du 22 novembre 2012.

Pour copie conforme

Moissac le 16 décembre 2014

Le Maire,



Jean-Michel HENRYOT



Le maire certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte et informe que celui-ci peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le tribunal de TOULOUSE dans un délai de 2 mois à compter  
De la transmission en préfecture le :  
De sa publication et/ou notification le :



*Inscrire dans l'encadré la maladie et/ou les difficultés nécessitant ce projet (ex : diabète, Asthme, Allergie alimentaires...)*

### ENFANT CONCERNE

NOM-PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ENFANT : .....

LIEU D'ACCUEIL : .....

NOM DU DIRECTEUR DE L'ALAE : .....

NOM DE L'ENSEIGNANT : ..... CLASSE : .....



### PARTIES PRENANTES

→ Coordonnées des responsables légaux :

NOM-PRENOM	ADRESSE (si différente de l'enfant)	TELEPHONE
Père :		Port : Fixe :
Mère :		Port : Fixe :
Autre responsable légal :		Port : Fixe :

Responsable (municipalité)..... Tél : .....

A.I.L (Accompagnatrice à l'intégration aux loisirs) : PELLETIER Céline Tél : 06 72 79 24 17

Médecin traitant : .....Tél : .....

Médecin spécialiste.....Tél : .....

Personne accompagnant l'enfant (AVL ou infirmière précisez) .....

Tél : .....

Enfant → Nom – Prénom :

## PROTOCOLE D'URGENCE

### Localisation de la trousse d'urgence (spécifier clairement l'emplacement)

.....  
Elle doit être accessible à tout moment et à toutes personnes en charge d'administrer le traitement d'urgence.

Elle doit comporter l'ordonnance détaillée des soins

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

### Composition de la trousse d'urgence

→

→

→

→

→

→

→ Une copie du PAI

### SIGNES D'APPEL

### CONDUITE A TENIR

Mineurs nécessitant une surveillance plus attentive :

Sévères :

### A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

SAMU → 15 / 112

Parents ou responsables légaux →

**SOINS PENDANT LE TEMPS PERISCOLAIRE et/ou EXTRASCOLAIRE  
(selon le protocole du médecin)**

Précautions particulières, traitement médicamenteux, intervention d'un tiers...

EN ACTIVITE

ACTIVITES ORDINAIRES

ACTIVITES PHYSIQUES

LES REPAS

LES SORTIES

SIGNATAIRES

**FAIT A MOISSAC LE :**

<u>PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX</u> : (nom et signature)	<u>REPRESENTANT DE LA COLLECTIVITE</u> :
<u>MEDECIN</u> : (cachet et signature)	<u>AUTRES INTERVENANTS</u> :

**RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

- Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire.
- Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique
- Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

<b>ANNEE SCOLAIRE :</b>	<b>RECONDUIT LE :</b>
<u>PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX</u> : (nom et signature)	<u>REPRESENTANT DE LA COLLECTIVITE</u> :
<u>MEDECIN</u> : (cachet et signature)	<u>AUTRES INTERVENANTS</u> :

<b>ANNEE SCOLAIRE :</b>	<b>RECONDUIT LE :</b>
<u>PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX</u> : (nom et signature)	<u>REPRESENTANT DE LA COLLECTIVITE</u> :
<u>MEDECIN</u> : (cachet et signature)	<u>AUTRES INTERVENANTS</u> :

<b>ANNEE SCOLAIRE :</b>	<b>RECONDUIT LE :</b>
<u>PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX</u> : (nom et signature)	<u>REPRESENTANT DE LA COLLECTIVITE</u> :
<u>MEDECIN</u> : (cachet et signature)	<u>AUTRES INTERVENANTS</u> :



**Lieu d'accueil** : Centre de Loisirs Municipal de Montebello

Responsable : M. HENRYOT Jean Michel

Qualité : Maire

Adresse : Allées Montebello – 82200 MOISSAC

Téléphone : 05 63 04 41 20 / 05 63 05 06 00

Portable : 06 74 09 93 68

Adresse mail : [centredeloisirs@moissac.fr](mailto:centredeloisirs@moissac.fr) / [s.bach@moissac.fr](mailto:s.bach@moissac.fr)

Fax : 05 63 05 06 03

DATE :

NOM :

Prénom :

Date d'entrée dans la structure :

Référence :

**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES SUR L'ENFANT**

Nom.....

Prénom.....

Date de Naissance : ..... Age .....

Sexe : .....

**Les responsables légaux de l'enfant :**

Nom:.....	Nom:.....
Prénom:.....	Prénom:.....
Qualité: .....	Qualité: .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Téléphone du domicile : .....	Téléphone du domicile : .....
Téléphone mobile : .....	Téléphone mobile : .....
Téléphone du travail : .....	Téléphone du travail : .....
Adresse électronique : .....@.....	Adresse électronique : .....@.....

**L'établissement scolaire (ou spécialisé) de référence :**

Nom de l'établissement : ..... Classe : .....

Adresse : .....

Nom du Chef d'établissement : .....

Téléphone : .....

L'enfant est-il suivi par un service d'accompagnement ? OUI NON

Si oui, lequel ? .....

Ses Coordonnées : .....

**Demande d'accueil :**

Accueil périscolaire du midi  Accueil de loisirs (mercredi et/ou vacances)

Accueil périscolaire du soir

***Descriptif global de l'enfant :***

Description du Handicap : *(type de handicap, difficultés nécessitant ce projet)*

Parcours familial, évolution et relationnel au sein de la famille :

Vie sociale :

♦ Parcours scolaire :

♦ Parcours extrascolaire :

Troubles du comportement lié au handicap et/ou difficultés principales constatées :

Attitude et comportement au sein d'un groupe, d'une activité :

Autonomie :

Centres d'intérêts, personnalité :

*(Ce qu'il sait faire, ce qu'il aime faire, ce qu'il n'aime pas faire)*

**RECUEIL D'INFORMATIONS PRECISES SUR L'ENFANT**  
**VIE QUOTIDIENNE**

		Fait seul	Fait partiellement avec aide	Ne peut pas faire
<b>ORIENTATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repères temporels</li> <li>- Lieux, espaces</li> <li>- Conscience du danger</li> <li>- Autres : .....</li> </ul>	.....	.....	.....
<b>HYGIENE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se laver les mains</li> <li>- se doucher</li> <li>- se moucher</li> <li>- se brosser les dents</li> <li>-Autres : .....</li> </ul>	.....	.....	.....
<b>HABILLAGE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- haut</li> <li>- bas</li> <li>- gestes fins (boutonnage, laçage)</li> <li>- chaussures, chaussettes</li> <li>- choix des vêtements</li> <li>- dissociation linge propre/ linge sale</li> <li>- Autres.....</li> </ul>	.....	.....	.....
<b>ALIMENTATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se servir à boire et à manger</li> <li>- utiliser fourchette et/ou cuillère</li> <li>- se servir d'un couteau</li> <li>- gestes fins : (ouvrir un yaourt, peler un fruit...)</li> <li>- boire</li> <li>- sait gérer les quantités</li> <li>- Autres : .....</li> </ul>	.....	.....	.....
<b>PROPRETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- est énurétique le jour <input type="checkbox"/></li> <li>- est énurétique la nuit <input type="checkbox"/></li> <li>- est encoprésique le jour <input type="checkbox"/></li> <li>- est encoprésique la nuit <input type="checkbox"/></li> <li>- s'essuie après les selles</li> <li>- va seul aux toilettes sans incitations</li> <li>- Autres : .....</li> </ul>	.....	.....	.....
<b>DEPLACEMENTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- marche</li> <li>- court</li> <li>- déambulateur</li> <li>- canne</li> <li>- nage</li> <li>- monte et descend les escaliers</li> <li>- marche longuement</li> <li>- malade ou peur pendant les transports</li> <li>- Autres : .....</li> </ul>	.....	.....	.....



<b>COMMUNICATION</b>	- comprend les consignes - maîtrise le langage Précision si troubles du langage : ..... ..... ..... Précision si utilisation d'outils de communication ( PECS, Makaton, langue des signes ou autres ...) ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<b>GESTION</b>	- gestion des affaires - écriture - Lecture - Dessin - Autres.....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....

**Autres informations importantes :**

**Analyse et prise en compte de ce qui est exprimé, dit et fait par l'enfant**

*Quelle interprétation peut-on donner à tel ou tel comportement.....*

*Ex : on constate que dès que l'enfant est exposé à de la frustration, il peut avoir un comportement agressif.*

**Soins et prise en charge spécifique**

Au sein de la structure :

*Régime alimentaire ? Traitement spécifique, intervention de tiers, protocole.....*

En dehors de la structure :

### Plan d'action personnalisé

Face aux difficultés rencontrées par l'enfant et l'équipe d'animation, qu'est ce qui peut être mis en place ? Avec quels objectifs et quels moyens ? Aménagements nécessaires..... afin de permettre à l'enfant **de vivre ses loisirs avec les autres enfants et au sein de la structure d'accueil.**

<b>AUTONOMIE</b>		
<b>Difficultés constatées</b>	<b>Objectifs poursuivis</b>	<b>Moyens : Activités, stratégies éducatives, durée, périodicité...</b>
<i>Ex : Mange trop vite, risque d'étouffement</i>	<i>Ex : Gérer les quantités</i>	<i>Ex : s'assurer qu'un animateur mange à côté de l'enfant. Lui donner la possibilité de se servir en plusieurs fois par petites quantités...</i>

<b>COMPORTEMENTS « inadaptés »</b>			
<b>Description du comportement</b>	<b>Contexte interprétation</b>	<b>Objectifs poursuivis</b>	<b>Conduite à tenir</b>
<i>Ex : violent envers ses pairs</i>	<i>Rejet de ses pairs frustration</i>	<i>Diminuer le rejet de ses pairs Favoriser l'écoute et la communication</i>	<i>Mettre en place des activités collectives (sport Co.) Mettre en place des temps d'écoute et de verbalisation avec l'enfant</i>

**COMMUNICATION**

<b>Domaines d'intervention</b>	<b>Difficultés constatées</b>	<b>Objectifs poursuivis</b>	<b>Moyens : activités, durée, périodicité</b>
<i>Communication interpersonnelle (aptitude à communiquer ses besoins de bases, ses désirs, ses émotions)</i>			
<b>Communication réceptive (compréhension des consignes, des interdits)</b>			

**SOCIALISATION / INTEGRATION**

<b>Difficultés constatées</b>	<b>Objectifs poursuivis</b>	<b>Moyens : activités, durée, périodicité</b>

## AMENAGEMENT DES LOCAUX

Difficultés constatées	Objectifs poursuivis	Moyens

## SIGNATAIRES

### FAIT A MOISSAC LE :

<u>PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX : (nom et signature)</u>	<u>REPRESENTANT DE LA COLLECTIVITE :</u>
<u>ANIMATEUR REFERENT : (signature)</u>	<u>CORPS MEDICAL :</u>
<u>PARTENAIRES INSTITUTIONNELS :</u>	
<u>AUTRES INTERVENANTS :</u>	