

Protocole d'accueil individualisé

Valable 1 an

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : / / Age :

Adresse :

N° d'urgence : / / / / / / /

Difficulté(s) de santé (*maladie, crises convulsives, asthme ...*) :

Situations à envisager :

Mesures d'urgence à mettre en place :

Informations à donner aux secours :

Fait à :
Le .../.../.....

Signature et cachet du médecin :