

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 :