

# PROTOCOLE DE SOINS

A FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Accord du médecin, Dr \_\_\_\_\_

L'assistant(e) maternelle(e) \_\_\_\_\_

L'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

## FIÈVRE

En cas de fièvre : \_\_\_\_\_

En cas de fièvre supérieure à : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## POUSSÉE DENTAIRE

En cas de poussée dentaire : \_\_\_\_\_

Donner/appliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## « PETITE » BOSSE

En cas de « petite » bosse : \_\_\_\_\_

Donner/appliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ROUGEURS DU FESSIER

En cas de rougeurs du fessier : \_\_\_\_\_

Donner/appliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Valable jusqu'au : \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Date et signature