



Cœur de Lozère
Centre
Intercommunal
d'Action Sociale

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

INTEGRATION INDIVIDUELLE EN STRUCTURE DU JEUNE ENFANT

PROTOCOLE DE SOINS

Structure : Multi accueil

Adresse :
48000

Tel. :

SITUATION DE L'ENFANT

Difficultés ou pathologie présentées :

Moyens mis en œuvre :

Protocole thérapeutique prescrit par un médecin :

le médecin traitant :

NOM Prénom :

Date :
Signature :

Numéro de téléphone :

Le médecin de la crèche NIMIRCEAG Anca :

NOM Prénom :

Date :
Signature :

Numéro de téléphone :

Personnes habilitées à l'administrer :

NOM

Prénom

Profession

Infirmière

Infirmière-Puéricultrice

Directeur- E.J.E.

Auxiliaire de puériculture

Agent social

En cas de nécessité :

Les infirmières s'engagent à former le personnel ci-dessus mentionné,

Fait le :

Protocole établi le :

Les parents ou le représentant légal :

NOM Prénom :

Signature :

Adresse :

La structure d'accueil :

**Représentée par : MERSADIER Anne-Lise
Directrice du service petite enfance**

Signature :

**Référents à contacter :
Directeur de la structure**

Signature :

DISPOSITIFS PRATIQUES

L'enfant est présent : à temps complet : **X** à temps partiel :

| Rythme hebdomadaire | | | | |
|----------------------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|
| lundi | mardi | mercredi | jeudi | vendredi |
| | | | | |
| | | | | |

Fréquence d'administration :

| | matin | midi | soir | A la demande |
|------------------|--------------|-------------|-------------|---------------------|
| Parents | | | | |
| Structure | | | | |

Précisions éventuelles :

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

Evolution ou modifications de la prescription :

En date du :

Protocole établi le