

FICHE PROTOCOLE DE SOINS

Date : _____

Nom de l'enfant _____ Prénom _____
Sexe : Fille Garçon Né(e) le _____

Coordonnées des parents :

PERE (NOM Prénom) :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

MERE (NOM Prénom) :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

Coordonnées de l'assistante maternelle :

Confié à (NOM Prénom) : **LOMBARD Claire**

Adresse : **522 rue Mathieu Marmonier**

38110 LA CHAPELLE DE LA TOUR

Tél domicile : **04 74 83 33 49**

Tél portable : **06 82 37 05 01**

PROTOCOLE ETABLI PAR LE MEDECIN

CAT au quotidien :

CAT en cas de crise :

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du médecin traitant