

# Protocole de « soins courants »

A remplir par le médecin traitant de l'enfant :

**Nom de l'enfant :**

**Prénom de l'enfant :**

**Date de naissance :**

**En cas d'érythème fessier, appliquer :** \_\_\_\_\_

**En cas de coup, appliquer/donner :** \_\_\_\_\_

**En cas de fièvre supérieure à \_\_\_\_\_, donner :**  
\_\_\_\_\_

**En cas de douleur dentaire, appliquer/donner :** \_\_\_\_\_

**En cas de douleur, donner :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du Médecin traitant et Cachet :**

---

## Autorisation Parentale

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, parent ou tuteur légal de l'enfant \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_, demande et autorise le personnel de l'établissement d'accueil du jeune enfant à lui administrer, suivant le protocole ci-dessus, le ou les médicaments que je m'engage à fournir et à renouveler autant que nécessaire.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature des parents ou du tuteur légal :**

---

**Visa de la responsable de l'EAJE**

**Visa du Référent Santé et Accueil Inclusif**