



# CERTIFICAT D'ADMISSION EN STRUCTURE COLLECTIVE & PROTOCOLE SANTE SIMPLIFIE

Chers parents,

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations ci-dessous et de les signer.

Pour les enfants qui fréquentent le service 1, 2, 3... frimousses, votre médecin traitant devra également valider ce document en signant le cadre grisé.

Ce certificat d'admission est demandé en application du décret n° 2007-230 du 20 février 2007.

Aucune mention ne peut-être rayée ou modifiée par qui que ce soit sur l'ensemble du présent document.

Votre accord nous permettra ainsi d'administrer dans des cas précis des médicaments à votre enfant. Merci. L'équipe ALJ.

CADRE RESERVE ALJ

Adhérent : 411 \_\_\_\_\_

PAI : OUI NON

NOM et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ né (e) le \_\_\_\_\_

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant dénommé ci-dessus, accepte la mise en place du protocole alinéas A, B et C tels que proposés par le médecin référent de l'association à compter du \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal précédée de la mention « Lu et approuvé ».

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

## A—DISTRIBUTION DE MEDICAMENTS EN CAS DE CHUTE OU D'HEMATOME MINEUR

- Administration homéopathique : Arnica 9ch - 10 granules en première prise - Renouvellement de 5 granules par 1/2 heure plus tard.
- Application d'une crème de type Hémoclar, 2 à 4 fois sur 24 heures, ou un gel à base d'Arnica.

## B—DISTRIBUTION DE MEDICAMENTS EN CAS DE FIEVRE OU DOULEUR (Dans la mesure du possible, nous essayons de joindre les parents avant toute administration).

- En première intention : si la température est supérieure ou égale à 38,5°C, et qu'elle est mal tolérée par l'enfant : paracétamol (Efferalgan, Doliprane par exemple) à dose suffisante par voie orale. Maximum de trois prises par jour.
- En seconde intention : si la température persiste au-delà de quatre heures : nouvelle administration de paracétamol.

## C—NETTOYAGE DE PLAIE BEGNINE

- Lavage à l'eau savonneuse, puis application d'antiseptique incolore par spray et/ou par compresse stérile.

PROTOCOLE

## Protocole santé établi par le médecin référent de l'association

Docteur Joël GROSSIORD ~~DOCTEUR JOEL GROSSIORD~~

01 - Médecine générale Conventio

2 place du Champ de Foire

01370 TREFFORT CUISIAT

A Polliat - Juillet 2018.

01102973610 1 20 2 01

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ médecin traitant de l'enfant dénommé ci-dessus : accepte le protocole décrit sur le présent document et certifie que l'enfant est apte à la vie en collectivités et que les vaccins obligatoires sont en règle.

Fait le \_\_\_\_\_ Signature + cachet du médecin traitant