

VALIDATION PLAN D'ACCUEIL INDIVIDUALISE PAR LE PERSONNEL DE SANTE DES LAND'EAUX BLEUES

Pour les enfants porteurs de handicap ou de maladie chronique

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Poids :

PRATICIEN

PARENTS

Nom..... Prénom.....

Nom..... Prénom

Profession du praticien

Profession

Compte rendu d'entretien praticien de santé des Land'Eaux Bleues et parent (s) de l'enfant :

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

Appréciation :

.....
.....

Avis :

Favorable

Défavorable

Signature du praticien

Signature du (es) parent (s)

Les Land'Eaux Bleues