

Grille d'évaluation d'exclusion d'un enfant

Nom de l'enfant:

Date:

Nombre d'enfants:

Raisons: (Cochez si présent √)

Fièvre		Fatigue	
Écoulement nasal		Pleurs	
Diarrhées		Perte d'appétit	
Vomissements		Agitation anormale	
Éruption cutanée		Autres:	
État de conscience			
Douleurs			
Larmoiements			
Frissons			
Difficulté à respirer			
Toux			
Couleur de la peau			

État général de l'enfant sur 10 _____ / 10

Soins spéciaux (Soins supplémentaires donnés à l'enfant):

Qualité du service offert: _____%

Exclusion de l'enfant ? OUI _____ NON _____

Principales raisons:
