

**DELEGATION DE POUVOIR
EN CAS D'URGENCE MEDICALE**

**A retourner impérativement à l'enseignante,
au plus tard le mardi 2 septembre 2025**

Cette autorisation doit obligatoirement être complétée par le responsable de l'enfant et à remettre à l'enseignante le jour de la rentrée.

Nous, soussignés, Madame et Monsieur, _____

demeurant : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable Père : _____ ☎ Portable Mère : _____

Agissant en qualité de parents, responsables de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Autorisons en cas d'extrême urgence, la direction de l'Ecole La Providence-Passy, où est scolarisé notre enfant, à prendre toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessités par son état de santé.

Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité de nous joindre ou d'obtenir l'avis de notre médecin de famille :

Docteur : _____

Adresse : _____

☎ : _____

Fait à _____ le _____

Signatures des deux parents :

Père : _____

Mère : _____