

## DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ demeurant à l'adresse indiquée au verso, autorise Mme la directrice, ou, en son absence, l'enseignant(e) ayant délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'autorisation d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en particulier, en cas d'impossibilité de me joindre (ou de joindre l'autre responsable légal de mon enfant), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

NOM DU MEDECIN DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du père ou de la mère  
ou des responsables légaux :

Votre enfant a-t-il présenté des signes d'allergie à un aliment ou autre ? \_\_\_\_\_

Si c'est le cas, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_