



## DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Année scolaire 2019 - 2020

Cette autorisation doit obligatoirement être complétée par le **responsable légal**.

### ELEVE

NOM : .....

Prénom : ..... Classe .....



Je soussigné (e) Madame, Monsieur,

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

 Portable responsable légal : .....-.....-.....-.....-.....       Domicile : .....-.....-.....-.....-.....

 Portable 2<sup>ème</sup> responsable : .....-.....-.....-.....-.....

Agissant en qualité de :     Père                       Mère

**Autorise en cas d'extrême urgence, la direction de l'établissement à prendre toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.**

**Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux.**

Date : ..... / ..... / .....

Responsable légal  
*signature*

Autre responsable  
*signature*