

Ecole St Joseph  
205, Route du Belvédère  
07130 SAINT ROMAIN DE LERPS

**Année scolaire : 2023/2024**

**TEL : 04 75 58 51 12**

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

Je soussigné (e), Mme et/ou M....., représentants

légaux de [NOM-Prénom de (des) l'enfant (s)] :

..... classe : .....

..... classe : .....

..... classe : .....

..... classe : .....

demeurant à .....

**autorise** le chef d'Établissement ou l'enseignante ayant délégation, à prendre en cas d'urgence , toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en particulier, en cas d'impossibilité de me joindre (ou de joindre mon conjoint) ou d'obtenir l'avis de notre médecin de famille référencé sur la fiche d'urgence.

Fait à ..... le.....

**Signature obligatoire du Père et de la Mère** ou du représentant légal de (s) l'enfant (s) :