

LES MOUTIERS EN RETZ



Loire-Atlantique

RESTAURANT SCOLAIRE DES MOUTIERS EN RETZ

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e)

autorise **Mme BRETHOMÉ Laurence**, Régisseur titulaire du restaurant scolaire, ou en son absence **Mme GUÉMENÉ Françoise**, Suppléant, à prendre en cas d'URGENCE, toutes dispositions de TRANSPORT, HOSPITALISATION ou INTERVENTION CLINIQUE jugées indispensables par le médecin appelé auprès de mon (mes) enfant(s)

: :
: :
: :

La présente autorisation n'est valable qu'en cas d'IMPOSSIBILITE ABSOLUE de me joindre (ou mon conjoint) ou d'obtenir l'avis du médecin de famille.

N° de téléphone des parents au domicile :

N° de téléphone du père au travail :

N° de téléphone de la mère au travail :

N° de téléphone où les parents peuvent être joints à l'heure du repas :

Mail du père :

Mail de la mère :

Docteur :

N° de téléphone :

Adresse :

A

Le

Signature