

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

La validité de cette déclaration sera renouvelable annuellement sauf avis contraire notifié par écrit.

Nom de l'enfant : **Prénom :**

Médecin de famille

Nom :

Adresse :

Téléphone :

En cas d'urgence seulement ou dans l'impossibilité de joindre les parents, mon enfant doit être hospitalisé :

Lieu :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

Demeurant à

autorise Mme Armelle CHAFFOT, directrice de l'école Sainte Marie Rue F. de Chateaubriand à Vannes ou en son absence l'adjoint(e) ayant délégation à prendre en cas d'urgence, toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention clinique jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé, mais seulement en cas d'impossibilité absolue de me joindre ou mon conjoint ou d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

Fait à Le Signature du chef de famille

Madame, Monsieur : _____

Adresse électronique (facultatif) : _____

- Autorise (nt) l'école Sainte-Marie de Vannes à utiliser pour **le site internet de l'école** des photos de mon enfant prises dans le cadre d'activités scolaires.
- Refuse(nt) que l'école utilise des photos de mon enfant .
- Autorise(nt) que l'école publie mes coordonnées dans **l'annuaire de l'école Ste Marie** de Vannes.
- Refuse(nt) que l'école publie mes coordonnées dans l'annuaire de l'école Sainte Marie de Vannes.
- Refuse(nt) de souscrire à l'assurance Mutuelle Saint Christophe et certifie(nt) avoir vérifié auprès de mon assureur que mon enfant est bien garanti contre tous dommages et sans aucune restriction pendant toute l'année scolaire.

SANTE

Merci d'indiquer les problèmes de santé ou d'allergies de votre enfant :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....