

**DÉLÉGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE  
VALABLE POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2016/2017**

Je soussigné(s),

Nom.....Prénom.....

Nom.....Prénom.....

**Père, Mère, Tuteur, \***

Adresse.....

Domicile .....  Professionnel.....

Portable.....

autorise(nt) Monsieur le Maire, ou en son absence, le personnel d'encadrement, à prendre en cas d'urgence toutes les dispositions de transport, hospitalisation ou intervention clinique jugées indispensables.

La présente autorisation vaut pour mon enfant ou mes enfants ci-après :

Prénom..... né(e) le .....

Prénom..... né(e) le .....

Prénom..... né(e) le .....

Prénom..... né(e) le .....

Nom du Médecin traitant : ..... ① .....

Adresse .....

Fait à : .....

Le : .....

*Signature des parents :*

---

**AUTORISATION DE PRENDRE DES PHOTOS OU VIDÉOS  
Pour les bulletins municipaux.**

Je soussigné..... autorise les responsables du service de la cantine, à prendre en photo ou vidéo l'enfant ou les enfants ci-après désignés :

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

**La présente autorisation n'est valable que pour l'année scolaire 2016/2017**

Fait à : .....

Le : .....

Signature du ou des parents :

\* rayer la ou les mentions inutiles

MAIRIE - 7, rue de la Barre David - 44520 LE GRAND AUVERNE ① 02-40-07-52-12. Fax 02-40-55-52-24  
e-mail : [mairie.grand.auverne@wanadoo.fr](mailto:mairie.grand.auverne@wanadoo.fr) ■ <http://www.grand-auverne.fr>  
Heures d'ouverture au public : du lundi au vendredi de 9 h à 12 h 30 - Fermé le Samedi