

# CANTINE DE ST PAUL DU BOIS

## DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e):.....

Demeurant à .....

N°:..... rue :.....

Autorise Madame ROCHAIS Joëlle, responsable de la cantine de St Paul du Bois ou en son absence l'adjoint(e) ayant délégation, à prendre en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention clinique jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé.

La présente autorisation vaut pour mes enfants \* :

..... né(e) le .....

..... né(e) le .....

..... né(e) le .....

..... né(e) le .....

mais seulement en cas d'impossibilité absolue de me joindre (ou mon conjoint) ou d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

Docteur ..... téléphone.....

Adresse : .....

Fait à .....

Le : .....

Signature du chef de famille :

### Numéros de téléphone de famille :

Domicile : ..... Travail du père : .....

Portable : ..... Travail de la mère .....

Relais possible : Mr ou Mme : ..... N° téléphone

### Traitement médical - Allergies

**Traitement médical** - Le personnel n'est pas habilité à administrer des médicaments aux enfants au moment des repas.

En cas d'accidents bénins, les agents peuvent donner de petits soins.

**Allergies** - Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? :

oui

non

Si oui, **vous devez obligatoirement le signaler à la cantinière** afin d'effectuer les démarches nécessaires.

\* La validité de cette délégation vaudra, sauf avis contraire notifié par écrit, pendant la durée de la scolarité de l'enfant.