

oui non

- L'autoriser à **quitter la structure, accompagné** par un ou plusieurs professionnels de santé dans le cadre d'activités extérieures, de consultations :

oui non

- L'autoriser à **quitter seul** la structure dans le cadre de permissions de sortie (notamment pour se rendre en classe) :

oui non

- L'autoriser à **quitter la structure accompagné** des personnes expressément désignées et autorisées ci-dessous* :

NOM-Prénom Qualité Tél. :

NOM-Prénom Qualité Tél. :

NOM-Prénom Qualité Tél. :

Observations éventuelles :

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

Les signataires de ce document certifient et attestent que l'autorité parentale du parent 1 ou du parent 2 n'a pas été limitée ou déchuée par une décision judiciaire.

Ils s'engagent à s'informer mutuellement des soins prodigués à l'enfant mineur et de l'évolution de son état de santé.

Fait le à

Signature du Parent 1

Signature du Parent 2

Signature du délégataire de l'autorité parentale

A compléter uniquement en cas d'absence de l'un des titulaires de l'autorité parentale

Je soussigné(e)

atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale

atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et/ou n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document.

Observations éventuelles :

.....

Date Signature

* **Les visiteurs et accompagnateurs dans le cadre de permissions de sortie devront obligatoirement présenter une pièce d'identité. Mentionner également les noms des centres de taxi.**