



AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Nom de l'enfant : _____

Âge : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Nom du père : _____

Numéro de téléphone à la résidence : _____ au bureau : _____

Nom de la mère : _____

Numéro de téléphone à la résidence : _____ au bureau : _____

J'autorise le personnel du centre de la petite enfance Sous le bon toit à prendre toutes les décisions nécessaires pour mon enfant en cas de situation d'urgence.

Signature du père

Date

Signature de la mère

Date

Nom de la ou des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom : _____

Numéro de téléphone à la résidence : _____ au bureau : _____

Nom : _____

Numéro de téléphone à la résidence : _____ au bureau : _____

Nom : _____

Numéro de téléphone à la résidence : _____ au bureau : _____