**Service d'éducation et d'accueil**
**Bei de Kaweechelcher**
25A Schoulstrooss
L-5716 Aspelt

+ 352 26 67 42 216
direction.rasp@elisabeth.lu
**rasp.elisabeth.lu**

# AUTORISATION PARENTALE

## Personnes de confiance

Par la présente, je soussigné(e) _____

déclare que mon enfant _____

né le _____

peut être laissé à charge de la / des personne(s) suivante(s)

| **Nom et prénom** | **Lien (grand-mère, oncle, voisin, etc.)** |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

En cas d'urgence et dans l'impossibilité de joindre le(s) parent(s) ou tuteur(s) à la maison ou au travail, prière de contacter la/les personne(s) suivante(s) :

Nom et prénom _____ Lien _____

Localité _____ Numéros de téléphone _____

Nom et prénom _____ Lien _____

Localité _____ Numéros de téléphone _____

***IMPORTANT !!! (prière de cocher la case correspondante)***

☐ Les noms ci-dessus sont à rajouter à la liste existante des personnes de confiance.

☐ Il s'agit d'une nouvelle autorisation parentale / cette autorisation annule et remplace la liste existante de personnes de confiance.

_____ le _____

signature