Prénom, nom : .................................   
Adresse : ..........................................

Code postal - Ville : ........................  
Téléphone : ......................................  
E-mail : ............................................

Destinataire

Adresse destinataire

Code postal - Ville

A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : attestation de délégation de l'autorité parentale

Je soussigné(e), Monsieur/Madame …(prénom, nom)…, agissant en qualité de père/mère ainsi qu'en tant que  représentant(e) légal de mon enfant ...(prénom, nom)…, né(e) le …(date)…, à …(lieu de naissance)… et demeurant au ...(adresse complète)…, délègue partiellement mon autorité parentale à Monsieur/Madame ...(prénom, nom, lien de parenté)… afin de lui octroyer un pouvoir de décision en cas d’urgence médicale (hospitalisation, opération chirurgicale).

Ce transfert de responsabilité s'établira du ...(date)… au ...(date)…, période pendant laquelle, Monsieur/Madame ...(prénom, nom)... hébergera mon enfant à son domicile situé au ...(adresse complète)….

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : ........................................