

**A REMPLIR SI L'ENFANT EST EN MATERNELLE (PS/MS/GS)**

ENFANT :	CLASSE :
----------	----------

École Louis ERNY  
39 rue Charles de Gaulle  
70190 RIOZ  
Direction : 09.67.44.33.62  
Maternelles du bas : 03.84.68.49.56  
Maternelle du haut : 09.67.79.93.65  
RASED : 03.84.91.89.17

**Délégation parentale**

**Année scolaire 2024-2025**

*IMPORTANT : toute modification en cours d'année devra être portée à la connaissance de l'enseignant et de la directrice par écrit (papier libre signé et/ou mail à l'adresse de l'école)*

Je, soussigné le père .....

Je, soussignée la mère .....

Exerçant l'autorité parentale sur mon enfant :

Nom, prénom : ..... En classe de : .....

autorise les personnes suivantes à reprendre mon enfant à la sortie des classes :

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

J'autorise aussi ces personnes à reprendre, mon enfant en cas d'absence non remplacée de son enseignant(e) OUI NON (entourez votre réponse)

A ..... le.....

*Signature du père :*

*Signature de la mère :*