

Etablissement ou service de l'Aide sociale à l'enfance

Nom : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_____| Commune : _____

Pays : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : |_____|

Ministère public (avec l'accord du tiers délégataire)

Renseignements concernant le ou les parents du ou des mineurs concernés :

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Vos date et lieu de naissance : |_____|

à _____

Votre profession : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_____| Commune : _____

Pays : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : |_____|

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Vos date et lieu de naissance : |_____|

à _____

Votre profession : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal | _ _ _ _ | _ _ _ _ | Commune : _____

Pays : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : | _ _ | | _ _ | | _ _ | | _ _ | | _ _ | | _ _ | |

Type de délégation :

Délégation totale

Délégation partielle :

Quels sont les attributs de l'autorité parentale que vous demandez à exercer (entretien et éducation, santé, scolarité, autorisation de sortie du territoire) etc. :

Motifs de la demande de délégation :

Désintérêt manifeste du ou des parents

Parent(s) dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale de l'autre enfant

Parent poursuivi ou condamné pour un crime commis sur la personne de l'autre parent ayant entraîné la mort de celui-ci

Décrire la situation :

DÉCLARATION ENREGISTRÉE LE _____

AU TRIBUNAL JUDICIAIRE DE _____

Par _____, greffier.

SOUS LE NUMÉRO : _____

(signature et cachet)