

ANNEXE B

FORMULAIRES IMPORTANTS

Instructions pour la délégation de l'autorité parentale (DAP)

Étape 1 : Préparer votre DAP

Utilisez l'outil de [délégation de l'autorité parentale](#).

Étape 2 : Signer la DAP

La loi du Michigan stipule qu'une délégation de l'autorité parentale est valable sans signature d'un notaire ou de témoins. **Toutefois, certains médecins, écoles ou autres peuvent être plus enclins à l'accepter si le formulaire est notarié et signé par des témoins.** Si vous pouvez trouver des témoins et un notaire, il est préférable de leur demander d'être témoins de votre signature et de contresigner le formulaire.

Certains autres États exigent que la DAP soit authentifiée par un notaire en présence de témoins. Si vous la faites authentifier par un notaire en présence de témoins, vous augmentez les chances qu'il soit accepté dans un autre État, le cas échéant. Par ailleurs, les professionnels de santé, les écoles et les autres personnes qui seront amenées à utiliser ce formulaire ne sont pas des experts juridiques. Même si ces personnes devraient accepter le formulaire sans la signature de témoins et d'un notaire, il est possible qu'elles ne soient pas rassurées d'exécuter ce qu'il préconise. Le fait que le formulaire soit signé par un témoin et un notaire peut rassurer les cabinets médicaux et les écoles quant à la validité du formulaire.

On trouve souvent des notaires dans les bureaux des comtés, tels que les greffes de comtés, ainsi que dans les banques, les instituts de crédit, les cabinets d'avocats et les compagnies d'assurance. Certains notaires ne signent des documents que dans le cadre de leur cabinet. Appelez d'abord pour vous assurer que le notaire est prêt à vous aider à signer un tel document et pour connaître ses honoraires.

Si vous faites authentifier votre formulaire, ne le signez pas avant d'être devant le notaire. Faites-vous accompagner de deux témoins. Signez le formulaire devant les témoins et le notaire au bas de la première page, à l'endroit où il est indiqué « Signature du/des parent(s) ». Après votre signature (et celle de l'autre parent, le cas échéant), les témoins doivent signer en haut de la deuxième page, à l'endroit où figure la mention « Témoins ». Ils doivent signer sur la ligne supérieure, puis écrire leur nom en caractères d'imprimerie sur la ligne située juste en dessous de leur signature. Une fois que vous et les témoins avez signé, remettez le formulaire au notaire, qui remplira sa partie.

Si vous ne faites pas appel à des témoins ou à un notaire, signez votre formulaire au bas de la première page, à l'endroit où figure la mention « Signature du/des parent(s) ».

Étape 3 : Facultatif : Joindre les documents relatifs aux soins de santé

Si vous avez inclus des informations sur les médecins traitants et les informations médicales de vos enfants, elles figureront sur le formulaire intitulé « Annexe relative aux informations sur la santé » (« Health Information Addendum »). Cette page n'est pas obligatoire, mais elle peut être utile à la personne que vous avez désignée comme tuteur légal.

Il peut également être utile pour la personne qui s'occupe de l'enfant d'avoir une copie de la carte d'assurance maladie de l'enfant. Si vous souhaitez faire une copie du recto et du verso de la carte d'assurance, joignez-la à l'annexe relative aux informations sur la santé.

Étape 4 : Décider de l'endroit où conserver la DAP original

Conservez la DAP en lieu sûr. Si votre tiers délégataire (la personne que vous désignez pour s'occuper de votre enfant) utilise le formulaire immédiatement, remettez-lui l'original.

Certaines personnes choisissent de conserver l'original si elles ne confient pas immédiatement leur enfant

à la personne désignée dans le formulaire.

Ce que vous faites dépend de la manière dont vous utilisez le formulaire et de ce qui vous semble sûr. En gardant le formulaire en votre possession, vous vous assurez que la personne que vous avez désignée n'exerce pas l'autorité parentale avant que vous ne souhaitiez. En remettant l'original du formulaire à la personne que vous avez désignée, vous vous assurez qu'en cas d'urgence, elle sera en mesure de prendre des décisions immédiatement, sans avoir à chercher des documents au préalable.

Étape 5 : Faire des copies de la DAP et la distribuer

Faites au moins une copie de la DAP. Conservez une copie pour vous lorsque vous remettez l'original à la personne qui s'occupera de votre enfant. La personne qui s'occupe de l'enfant aura besoin de l'original signé au moment où elle voudra l'utiliser. Si vous décidez de garder l'original en votre possession, assurez-vous que la personne que vous avez désignée dans le formulaire saura trouver la DAP en cas d'urgence.

Delegation of Parental Authority/Délégation de l'autorité parentale

We, _____ and
Name of parent #1
 _____, wish to
Name of parent #2
 temporarily
 leave our minor child _____
name of child(ren)
 in the care and custody of

name of agent
 who lives at

Street address
 _____, Michigan _____.
City zip code

We appoint and vest in our Agent full powers as a substitute parent, giving them the authority to do anything and everything required for our child's care. We also authorize our Agent to do any of the things that we, as a parent, could do on behalf of our child. We specifically authorize

- _____ Name of agent
 to:
- (1) Consent to medical and/or dental care for our child;
 - (2) Enroll our minor child in appropriate schools and/or educational programs;
 - (3) Act or consent to any and all acts with respect to our child's health and well-being, except the power to consent to guardianship, adoption, or marriage.

This delegation of parental powers is given pursuant to MCL 700.5103, and will become effective on _____. This power expires six (6) months from the date it begins or on my declaration, whichever comes first.

Nous, _____ et
Nom du parent n° 1
 _____ souhaitons temporairement
Nom du parent n°2
 laisser notre enfant mineur _____
nom de l'enfant ou des enfants
 aux soins et à la garde de _____,
nom de l'agent
 résidant à _____,
Adresse
 _____, Michigan _____.
Ville code postal

Nous désignons et conférons à notre tiers délégataire les pleins pouvoirs en tant que tuteur légal, en lui donnant l'autorité de faire tout ce qui est nécessaire à la prise en charge de notre enfant. Nous autorisons également notre tiers délégataire à faire tout ce que nous, en tant que parent, pourrions faire au nom de notre enfant. Nous l'autorisons en particulier _____
Nom de l'agent

- à :
- (1) Consentir aux soins médicaux et/ou dentaires pour notre enfant ;
 - (2) Inscrire notre enfant mineur dans des écoles et/ou des programmes éducatifs appropriés ;
 - (3) Agir ou consentir à tous les actes relatifs à la santé et au bien-être de notre enfant, à l'exception du pouvoir de consentir à la tutelle, à l'adoption ou au mariage.

La présente délégation des pouvoirs parentaux est accordée conformément à MCL 700.5103 et prendra effet le _____. Ce pouvoir expire six (6) mois après la date à laquelle il prend effet ou à la date de ma déclaration, si celle-ci est antérieure.

Signature of Parents/*Signature des parents*:
 /s/ _____
 Parent/*Mère*

/s/ _____
 Parent/*Père*

NOTE: Michigan does not require this document to be witnessed and notarized. If you wish to have this form witnessed and notarized, do so here:

IMPORTANT : le Michigan n'exige pas que ce document soit authentifié par un témoin ou un notaire. Si vous souhaitez que ce formulaire soit authentifié par un témoin et un notaire, faites-le ici :

Witnesses/Témoins :

/s/ _____

/s/ _____

Print name of witness 1, if any:

Print name of witness 2, if any:

Nom du témoin 1, en capitales :

Nom du témoin 2 en capitales :

STATE OF MICHIGAN)
ÉTAT DU MICHIGAN)
_____ COUNTY)
_____ COMTÉ)

Acknowledged before me and the witnesses, _____ and _____ in
witness #1 name witness #2 name
_____ County, Michigan, on _____ by _____
County name Date Parent #1 name
and _____ by:
Parent #2 name

Pris connaissance devant moi et les témoins, _____ et _____ dans
nom du témoin n° 1 nom du témoin n° 2
et dans le Comté de _____, Michigan, le _____ par _____
Nom du comté Date Nom du parent n° 1
et _____ par :
Nom du parent n°2

/s/ _____

Notary public/Notaire : _____

State of Michigan, County of _____.
État du Michigan, comté de _____

My commission expires _____
Ma commission expire le _____

Health Information Addendum/Annexe relative aux informations sur la santé

Health Insurance Information Our health insurance carrier is: Name: _____ Policy number: _____ group number: _____	Informations sur l'assurance maladie <i>Notre organisme d'assurance maladie est :</i> Nom : _____ Numéro de police : _____ Numéro de groupe : _____
Hospital Preference Name: _____ Address: _____ _____	Hôpital préféré Nom : _____ Adresse _____ _____
Health Care Providers Type of provider: _____ Name of provider: _____ Address: _____ _____ Phone number: _____	Médecins traitants Type de médecin : _____ Nom du médecin : _____ Adresse _____ _____ Numéro de téléphone : _____

Information about Medical Conditions
Informations sur le dossier médical

Allergies/Allergie(s) : _____

Medical conditions/Pathologie(s) : _____

Medications/Médicaments : _____

May NOT have the following medications/Ne peut PAS prendre les médicaments suivants :

Other health information/Autres informations relatives à la santé : _____

**DÉLÉGATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE
CONSENTEMENT À LA PRISE EN CHARGE DE MON ENFANT**

(1) Je soussigné(e), _____, parent /tuteur légal de
_____,
Nom du parent
_____, date de naissance _____, conformément à MCL 700.5103, **délègue**
Nom de l'enfant Date de naissance de l'enfant
l'intégralité de l'autorité parentale concernant les soins de mon enfant mineur, y compris, mais sans s'y limiter, le
droit de demander des soins médicaux, dentaires ou psychologiques et d'inscrire l'enfant mineur à l'école à :

_____.
Nom du nouveau tuteur légal

(2) Le but exprès de ce pouvoir est de permettre au délégataire de faire tout ce qui est nécessaire pour assurer la sécurité et l'efficacité des soins apportés à mon enfant, et de mettre en œuvre tout ce qui est nécessaire pour assurer ses soins. La raison de ce placement n'est pas d'ordre éducatif.

(3) Cette délégation ne confère pas à _____ le pouvoir de consentir au mariage ou de libérer le
Nom du nouveau tuteur légal
mineur en vue de son adoption.

(4) La présente délégation est valable pour une période n'excédant pas 180 jours, après quoi elle peut être renouvelée par le soussigné.

(5) Le pouvoir conféré par le présent document peut être révoqué à tout moment à la demande de

_____.
Nom du parent

Date: _____
Signature du parent

Date: _____
Témoins

État du Michigan) Adresse
Comté de)

En ce jour du _____ 20____, _____ est apparu personnellement devant moi et a signé le document ci-dessus et reconnaît qu'il s'agit d'un acte libre et d'un acte authentique.

Signature

Nom : _____
Notaire public, État du Michigan, comté de _____
Agissant dans le comté de _____
Expiration de la commission : _____