

Objet : Pouvoir de représentation

Je soussigné,

..... donne pouvoir à  
..... de me représenter à la visite  
diagnostic qui sera réalisée le .....

Le présent pouvoir conserve ses effets pour tout autre jour suivant, auquel cette visite serait reportée pour une cause quelconque.

Fait à :

Le    /    /

Nom, Prénom et signature :

Copie : Caisse d'Allocations Familiales du Var