

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M Mme Melle

NOM : Prénom :

domicilié(e) :

Code Postal : Ville :

 Domicile :

 Bureau :

 Portable :

Mère Père Tuteur légal : Précisez.....

autorise mon fils ma fille autre Précisez.....

NOM : Prénom :

né(e) le : . . .

à s'initier à la pratique de la Plongée-sous-marine au sein du centre UCPA AQUA 92 de Villeneuve-la-Garenne durant la période indiquée ci-dessous :

le

ou

du.....au.....

A cet effet, je reconnais avoir pris connaissance des risques liés à l'activité et autorise le Centre AQUA 92 à procéder à toute évacuation d'urgence si nécessaire.

Fait à
le

Signature obligatoire :