



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (nom, prénom) .....

et agissant en qualité de :

- Mère [ ... ]
- Père [ ... ]
- Tutrice ou Tuteur [ ... ]
- Responsable légal [ ... ]

de (Nom et prénom de l'enfant) .....  
déclare l'autoriser à pratiquer l'activité de plongée sous-marine avec scaphandre au sein du centre de plongée le POULPE.

Par ailleurs, j'autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de mon enfant, mais également, les médecins à pratiquer tout examen et tout soin, si cela s'avérait urgent.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature :

---

### ***Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'incident.***

Nom(s)	
Prénom(s)	
N° Téléphone	<u>Fixe :</u> _____ <u>Port :</u> _____
Adresse Mail	