



AUTORISATION PARENTALE

PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES

Je soussigné(e), Mme, M.
demeurant :
.....

Responsable légal agissant en qualité de (rayer les mentions inutiles) :

- Père
- Mère
- Tuteur légal

Autorise l'enfant : né(e) le :/...../.....

Pour la date d'activité ou la période d'activité indiquée ci-dessous :

Date d'activité : le/...../.....

OU

Période d'activité : du/...../..... au/...../.....

À participer aux activités de plongée sous-marine en scaphandre organisée au sein de la structure UCPA de

Je suis averti(e) qu'il devra présenter un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la plongée sous-marine délivré à minima par un médecin généraliste.

Fait à : Le :/...../.....

Signature du représentant légal :

- Père
- Mère
- Tuteur