

AUTORISATION PARENTALE – PRATIQUE DE LA PLONGÉE SUBAQUATIQUE

Je soussigné(e),

Nom / Prénom :

Téléphone

Responsable légal de :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Autorise mon enfant à participer aux activités de plongée subaquatique (baptême, initiation, plongée en scaphandre autonome et/ou apnée) organisées par le SIVOM de Villefranche-sur-Mer.

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal :

(Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)