



AUTORISATION CONCERNANT LA PRATIQUE DE LA PLONGEE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) (père, mère tuteur) _____

demeurant _____

N° tél _____

Autorise (nom du mineur) _____

né(e) le _____ à _____

à la pratique de la plongée sous marine au sein du Club de Plongée Arcachonnais

En outre, j'accepte que les responsables du CLUB DE PLONGEE ARCACHONNAIS ou ses moniteurs autorisent en mon nom une prise en charge médicale ou chirurgicale dans un service approprié en cas de besoin.

Porter mention
lu et approuvé

dater et signer