

**AUTORISATION PARENTALE  
CONCERNANT LA PRATIQUE DE LA PLONGEE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

N° tél \_\_\_\_\_

Agissant en tant que représentant légal (père, mère, tuteur), autorise le mineur :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

à pratiquer la plongée subaquatique ainsi que les activités annexes dans le cadre des activités du centre, en toute connaissance des risques encourus. De plus, j'accepte que les responsables du centre autorisent, en mon nom, une prise en charge médicalisée en cas de besoin.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :