

# AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e) [Nom, Prénom(s)]

demeurant :

agissant en qualité de responsable légal ( père,  mère,  tuteur) et disposant du plein exercice de l'autorité parentale, autorise :

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... À : .....

*cocher au moins une case*

À pratiquer :

- la plongée subaquatique en scaphandre ainsi que les activités annexes ;
- l'apnée.

*Ne concerne que les plongeurs de 16 ans et plus, disposant d'une qualification de plongée en autonomie (PA).*

Concernant les plongées en autonomie :

- Je les autorise ;
- Je ne les autorise pas.

au sein du club/centre .....

situé : .....

pour la période du : ...../...../..... au ...../...../.....

J'accepte que les responsables du club/centre ou les moniteurs autorisent, en mon nom, une prise en charge médicalisée vers un service approprié en cas de besoin.

Nombre de cases cochées : \_\_\_\_\_

Fait à ..... le..... Signature