



AUTORISATION PARENTALE

Saison/.....

Je soussigné(e).....donne pouvoir aux responsables du club OCEANS pour prendre en charge mon enfant.....(nom et prénom) pendant toutes les activités de la section plongée, et ceci pour toute la saison/.....

J'autorise mon enfant à venir et repartir seul des entraînements du club OCEANS.

Ou

J'indique les noms, prénoms et n° de téléphone des personnes chargées de déposer et venir rechercher mon enfant à chaque entraînement du club OCEANS :

Date :

Signature du représentant légal :

SOINS, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e).....donne pouvoir aux responsables d'OCEANS pendant toute la saison/....., afin de prendre toute décision nécessaire en cas d'accident survenant à mon enfant et autorise une éventuelle intervention chirurgicale si cela s'avère nécessaire.

Nom de l'enfant.....

Prénom de l'enfant.....

Numéro de téléphone du représentant légal.....

DEMANDE DE L'ENFANT POUR PARTICIPER A L'ACTIVITE

Je soussigné(e).....désire participer à toutes les activités de plongée sous marine et annexe au sein du club OCEANS pendant la saison/.....

Date et signature de l'enfant :