



Club affilié sous le n° 07910044

AUTORISATION de pratique d'un(e) mineur(e) aux activités du LPOL Plongée

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :
Né(e) le : à :
Demeurant :

Agissant en qualité de ¹ : ☐ Parent ☐ Tuteur ☐ autre (précisez)
.....

Autorise l'enfant,

Nom : Prénom :
Né(e) le : à :
Demeurant :

À pratiquer ² :

- ☐ La plongée sous-marine avec scaphandre, lors des séances du mardi soir de 20h30 à 23h00
☐ L'entraînement physique et/ou la plongée sous-marine avec scaphandre lors des séances du samedi, de 09h30 à 11h30.

J'ai bien noté que mon enfant devra obligatoirement être accompagné par un adulte à chaque séance :

Adulte accompagnant(e)

Nom : Prénom :
Né(e) le : à :
Demeurant :

¹ (1) Cocher la case correspondante

² (2) Cocher la (les) case(s) souhaitée(s)



Club affilié sous le n° 07910044

AUTORISATION de pratique d'un(e) mineur(e) aux activités du LPOL Plongée

Je joins, une photo d'identité de l'adulte, avec son nom et prénom au verso

J'autorise les responsables du LPOL Plongée, à entreprendre toutes les actions jugées par eux nécessaires, pour assurer les meilleurs soins et les intérêts de l'enfant, en cas de blessure ou d'accident, dans le cadre des activités du LPOL Plongée (entraînements piscine, fosses, sorties mer et carrières, etc.)

Fait le :

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"