



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (NOM, prénom)

.....  
.....

Responsable légal de l'enfant (NOM, prénom)

.....  
.....

l'autorise     ne l'autorise pas    *(cochez svp)*

à pratiquer l'activité plongée encadrée par du personnel qualifié  
durant le séjour de vacances qu'il effectuera :

à .....  
du ..... au .....

NB : la pratique de cette activité est subordonnée à l'obtention  
d'un certificat médical d'aptitude et d'un test d'aisance aquatique

A .....

le .....

Signature :

## AUTORISATION MEDICALE

*(à remplir par votre médecin traitant)*

Je soussigné

.....  
.....

Docteur en Médecine à .....

certifie que le jeune.....

est médicalement apte à pratiquer l'activité plongée dans le  
cadre de son séjour de vacances.

A .....

le .....

Signature :

Cachet du Médecin :

