

# AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNÉ .....

LIEN DE PARENTÉ .....

TÉLÉPHONE .....

AUTORISE (nom, prénom, date de naissance) .....

.....

.....

.....

À participer aux activités subaquatiques du CAP Trébeurden aux dates suivantes : .....

.....

JE CERTIFIE NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE PROBLÈMES LIÉS À UNE CONTRE-INDICATION À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME CHEZ LE PRATIQUEUR (liste des contre-indications : <https://medical.ffessm.fr>)

J'AUTORISE LES RESPONSABLES DU CAP À FAIRE PRATIQUER SUR LUI/ELLE LES SOINS NÉCESSAIRES EN CAS D'URGENCE.

Le ..... / ..... / 2026 à .....

Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)