

**AUTORISATION PARENTALE**  
PREALABLE A LA PRATIQUE DE LA PLONGÉE  
> **FICHE DE LIAISON SANITAIRE** <

Je soussigné, Mme\*, Mr\* \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Responsable légal agissant en qualité de : Père\*, Mère\*, Tuteur légal\* (\*Rayer les mentions inutiles)

Autorise l'enfant : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

pour la date d'activité ou la période d'activité indiquée ci-dessous

Date de l'activité : \_\_\_\_\_

OU

Pour la période : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

à pratiquer, suivant le cadre précisé ci-dessous; (veuillez cocher la case correspondante)

Aux activités subaquatiques organisées et encadrées  
sur le centre Aqua Hauts-de-Seine **sous la responsabilité de l'UCPA**

Aux activités subaquatiques organisées et encadrées  
sur le centre Aqua Hauts-de-Seine **sous la responsabilité du Club :**

Nom du club : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

**J'autorise l'établissement Aqua Hauts-de-Seine à procéder à toute évacuation d'urgence si nécessaire.**

Allergie(s) connue(s) : \_\_\_\_\_

Commentaire(s) : \_\_\_\_\_

Personne à contacter pour toute correspondance :

Civilité : Mme\*, Mr\*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Téléphone : Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

Autre(s) personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Père : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :