



Centre Ecole Régional de
Parachutisme
Sportif du Maine et Val de Loire
Pôle Espoir

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

demeurant à.....

autorise mon fils, ma fille

à pratiquer le parachutisme sportif au sein du Centre Ecole de Saumur

en pleine connaissance des risques inhérents à la chute libre et aux exercices sous voile.

En outre, j'accepte que les responsables du Centre Ecole de Saumur autorisent en mon nom une opération médicale ou chirurgicale en cas de besoin.

D'autre part, j'autorise mon fils, ma filleà utiliser son temps libre hors activités techniques propres aux stages de parachutisme (sorties en ville, piscine, cinéma, etc...) sans surveillance effective des cadres techniques du Centre Ecole de Saumur, seul(e) ou avec ses camarades.

Fait à, le/...../.....

Signature :