

Autorisation parentale – Pratique du Palmes Masque Tuba (PMT)

Je soussigné(e),

Nom et prénom du parent / représentant légal :

.....

Autorise mon enfant :

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Je certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale connue à la pratique de cette activité nautique et m'engage à signaler tout problème de santé pouvant nécessiter une attention particulière.

Je joins un certificat médical signé par un médecin.

J'autorise également les responsables de l'activité à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant, y compris son transport vers un établissement médical si besoin.

Fait à :

Le : / /

Signature du parent / représentant légal :

(Signature)

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du Palmes Masque Tuba (PMT)

Je soussigné(e), Docteur :

Nom et prénom :

.....

Médecin diplômé(e), certifie avoir examiné ce jour :

Nom et prénom du pratiquant :

.....

Né(e) le : / /

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication médicale apparente à la pratique du :

Palmes Masque Tuba (PMT)

Certificat délivré à la demande de l'intéressé(e) / du représentant légal pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à :

Le : / /

Cachet et signature du médecin :

(Cachet et signature)