SUBQUERCY
Complexe Divonéo
150 rue de la Guinguette
46000 Cahors
contact@subquercy.fr

AUTORISATION PARENTALE OU TITULAIRE

Je sousigné (Nom, Prénom) : . . . . . .

Agissant en qualité de : ☐ Père, ☐ Mère, ☐ Tuteur (Cochez la case correspondante)

Autorise (Nom, Prénom) : . . . . . .

À pratiquer l'activité (préciser) : . . . . . .

À participer à la manifestation suivantes :. . . . . .

Date de la manifestation :

Début |_|_|_|_|_|_|_|_| Fin |_|_|_|_|_|_|_|_|

À cet effet, je reconnais avoir pris connaissance des risques liés à l'activité et autorise le club Subquercy à procéder à toute évacuation d'urgence si nécessaire.

Fait à : . . . . . .

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :