



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), parent 1

Nom : _____

Prénom : _____

Je soussigné(e), parent 2

Nom : _____

Prénom : _____

Ou

Je soussigné(e), autre qualité

Nom : _____

Prénom : _____

Certifiant agir en qualité de

Parent exerçant l'autorité parentale / Tuteur légal (rayer la mention inutile)

Autorise l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

A effectuer un saut en parachute au sein du centre école Savoie Parachutisme :

TANDEM (biplace)

SIPAC (1er saut initiation progression accompagnée en chute libre)

PAC (formation progression accompagnée en chute libre)

Date : ____ / ____ / ____

Signature du/des parents ou de l'autorité parentale :