

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS POUR LA PRATIQUE DU SAUT EN ELASTIQUE AVEC CAPLIBERTY

Je soussigné, Madame, Monsieur,.....

demeurant

à:

.....

responsable légale de

Nom:

Prénom:

né(e) le.....à.....

autorise ma fille, mon fils à effectuer un SAUT EN ELASTIQUE

le..... au Z'Allumés de Cholet avec la société Capliberty.

Fait àle

Signature:

joindre la copie d'une pièce d'identité du signataire avec la présente autorisation.