



# APNÉE LÉMAN

## Autorisation parentale ou tutélaire

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, père / mère de l'enfant  
\_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_,  
demeurant au (adresse complète) :

\_\_\_\_\_.

Autorise mon enfant à suivre une formation de plongée en apnée tant en milieu protégé qu'en milieu naturel et à participer aux activités proposées par l'école Apnée Léman.

Je reconnais avoir été averti des risques et dangers inhérents à cette pratique sportive et déclare les accepter sans réserve.

### Droit à l'image

J'accepte que les images concernant mon enfant, prises dans le cadre des activités de l'école Apnée Léman, soient diffusées pour promouvoir ses activités sur tous les supports de communication, y compris internet et les réseaux sociaux.

Entourer la réponse qui vous convient :    Oui                  Non

### En cas d'urgence

Numéro de téléphone pour me joindre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

En cas de non réponse

Numéro de téléphone pour joindre \_\_\_\_\_ en cas d'urgence  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

J'autorise tout encadrant de l'école Apnée Léman à faire évacuer mon enfant vers tout médecin ou hôpital en cas de besoin.

J'accepte que mes données personnelles soient exploitées dans le cadre du fonctionnement de l'école Apnée Léman :    Oui                  Non

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_