

VERTICAL BALAGNE

52 U Fondu

20214 Calenzana

06 45 05 46 43

verticalbalagne@gmail.com

www.verticalbalagne.com



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) Monsieur (ou Madame)

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

et agissant en qualité de représentant légal,

j'autorise mon enfant

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

à participer aux sorties/cours d'escalade encadrés par Vertical Balagne.

j'autorise que les photographies et films de mon enfant pris lors des séances d'escalade soient diffusés sur tous support média (*)

je refuse l'utilisation de l'image de mon enfant par le club (*)

j'autorise, en cas d'urgence, la conduite de mon enfant dans un établissement hospitalier, où toute intervention chirurgicale pourra être pratiquée, en cas de nécessité

j'affirme avoir été informé(e) des risques liés à l'escalade et être conscient(e) que l'escalade peut être un sport à risques et prend l'entière responsabilité en cas de problème lié au non respect des consignes de sécurité données par l'encadrant.

(*) cocher la case au choix

Personne à joindre et téléphone en cas d'accident.....

.....

Fait à..... Le.....

Signature du représentant légal