

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné M. ou Mme

VOUS ÊTES : PÈRE / MÈRE / TUTEUR LÉGAL

Adresse :

Code postale : Ville :

Portable : Adresse mail :

AUTORISE

Nom Prénom(s)

Mon (mes) enfant(s), né(s) le et agé(s) de, à
pratiquer l'escalade de manière autonome à Block'Out.

- J'affirme que mon enfant connaît parfaitement l'activité et maîtrise toutes les règles de sécurité liées à l'activité.
- J'affirme également que mon enfant a pris connaissance du règlement intérieur de Block'Out et s'engage à le respecter.
- Enfin, j'affirme avoir été informé(e) des risques liés à l'escalade et je suis conscient(e) que l'escalade peut être un sport à risques et prend l'entière responsabilité en cas d'accident.

A le

Lu et approuvé
(Signature obligatoire)

