



AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRATIQUE DU PARAPENTE

Réservé à OVAL - code séjour :

Je soussigné(e) : Père Mère Tuteur légal

Nom : _____ Prénom : _____

autorise mon fils/ma fille, Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

inscrit(e) au séjour "Aventure aux sommets" à participer à un vol de parapente biplace organisé par une école de parapente déclarée à la DDCS de Haute-Savoie en application de l'Art. L322-3 du code du sport.

Je joins obligatoirement un certificat médical pour que mon fils ou ma fille puisse pratiquer l'activité.

Fait à : _____

Signature :

Le : ____ / ____ / 20 ____



CERTIFICAT MEDICAL POUR LA PRATIQUE DU PARAPENTE

Je soussigné, Docteur : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Certifie que l'enfant : Nom : _____ Prénom : _____

ne présente pas, à ce jour, de contre-indication à la pratique du parapente.

Fait à : _____

Signature et tampon (obligatoire) du medecin :

Le : ____ / ____ / 20 ____

DOCUMENT A ENVOYER IMPERATIVEMENT AVANT LE SEJOUR

Association OVAL – CS700 72 – 74230 THONES – Adresse mail : info@asso-oval.com – Téléphone : 04.50.32.11.55