



AUTORISATION PARENTALE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

je soussigné(e) : Mr. Mme Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur légal

Autorise mon enfant (Nom et Prénom) :

Demeurant à la même adresse : Oui Non

Si adresse différente* :

Adresse :

Code Postal : Commune :

J'accepte la prise en charge par les services de secours en cas d'accident.

à participer à l'activité d'Airsoft organisée par l'association Deadly Shadows Airsoft.

Dans le respect des réglementations légales et fédérales concernant les mineurs, notamment la limitation d'une énergie maximale de 0,08 joules pour les répliques utilisées. Il est néanmoins rappelé qu'une autorisation parentale ne décharge aucunement des obligations et responsabilités de chacun. Les parents restent responsables de leurs enfants d'une part et l'organisateur est tenu à l'obligation générale de sécurité, de prudence et de diligence d'autre part.

Fait à :

SIGNATURE :

Le :

En cochant cette case, je déclare avoir pris connaissance des informations ci dessus et certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.