

## **AUTORISATION DES PARENTS (OU TUTEURS OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX) A LA PRATIQUE DE LA SPÉLÉOLOGIE**

Je soussigné M \_\_\_\_\_, parent ou titulaire de l'autorité  
parentale de \_\_\_\_\_,

l'autorise à pratiquer la spéléologie dans le cadre des activités proposées par  
l'association Spéléo Campus, durant la saison 2024-2025.

En cas de nécessité, j'autorise le responsable de l'association à prendre toute  
disposition utile pour l'évacuation, le transfert, les soins médicaux ou l'intervention  
d'urgence, suivant les décisions des médecins.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_,

Signature