



Centre Ecole Régional de Parachutisme  
Sportif du Maine et Val de Loire  
Pôle Espoir

**AUTORISATION  
PARENTALE**  
pour les mineurs

Je soussigné(e) .....  
demeurant à .....  
autorise mon fils, ma fille .....  
à pratiquer le parachutisme sportif au sein du Centre Ecole de Saumur  
en pleine connaissance des risques inhérents à la chute libre  
et aux exercices sous voile.

En outre, j'accepte que les responsables du Centre Ecole de Saumur  
autorisent en mon nom une opération médicale ou chirurgicale  
en cas de besoin.

D'autre part, j'autorise mon fils, ma fille .....  
à utiliser son temps libre hors activités techniques propres aux stages  
de parachutisme (sorties en ville, piscine, cinéma, etc...)  
sans surveillance effective des cadres techniques du Centre Ecole  
de Saumur, seul(e) ou avec ses camarades.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signatures des deux parents obligatoire :

*CERPS Saumur, 118 rue des landes de Terrefort B.P.33 49426 SAUMUR Cedex*

*Tél: 02.41.50.45.27 ou 06.38.77.10.74*

*E-mail : [administratif@saumur-parachutisme.com](mailto:administratif@saumur-parachutisme.com)*

*Web : <http://www.saumur-parachutisme.com>*