



## AUTORISATION PARENTALE DE RETOUR ASLGC Escalade Saison 2018/2019

Je soussigné(e):.....agissant en qualité de  
représentant légal de l'enfant:.....

Né (e) le: ..... Age:.....

Tél Domicile:.....Portable:.....

E-mail:.....

Adresse.....

Autorise:

- mon enfant à rentrer seul(e) après le cours d'escalade de l'ASLGC

Date et lieu:.....Signature:.....