



AUTORISATION PARENTALE DE RETOUR ASLGC Escalade Saison 2019/2020

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:.....