

AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRATIQUE DU SAUT A L'ELASTIQUE AVEC AIR JUMP REUNION

Je soussigné, Madame, Monsieur :	
Demeurant à :	
Autorise en tant que - Père - Mère - Tuteur légal - :	
Nom :Prénom :	
Né(e) le :A :	
A effectuer un saut à l'élastique le :	au viaduc de la Fontaine
Avec la société AIR JUMP REUNION	
Fait le :	
	Signature
	Signature
PI ou Passeport N° :Déliv	
Par :Le :	

Joindre la copie d'une pièce d'identité du signataire avec la présente autorisation

AIR JUMP - 85 route de trou d'eau 97434 LA SALINE LES BAINS

06 92 435 436 - contact@airjum974.com - www.airjump974.com

Siret 893 231613 00017