

NOM DE L'EQUIPE :

Nom - Prénom de l'inscrit : - Sexe : **M** **F**

Né(e) le / / **Âge** **Date dernier vaccin DT Polio :** / /

Allergies / habitudes alimentaires - besoins particuliers => À préciser :

| | RESPONSABLE LÉGAL 1 | | | RESPONSABLE LÉGAL 2 | | |
|---|---|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Autre |
| Nom | | | | | | |
| Prénom | | | | | | |
| Adresse Code postal - Ville | | | | | | |
| ☎ N° téléphone | | | | | | |
| ✉ Adresse mail | | | | | | |
| Profession - Employeur ☎ Professionnel | | | | | | |
| N° allocataire CAF 49 | | | | | | |
| Situation familiale | Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> | | | | | |

Autres personnes : à prévenir et / ou autorisées à venir chercher l'enfant

| Nom - Prénom | Tél. fixe / portable | Lien de parenté avec l'enfant |
|--------------|----------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |

J'autorise les services de la Ville de Saumur à :

prendre toute mesure d'urgence (transport, hospitalisation,...) rendue nécessaire par l'état de mon enfant

me contacter par mail et/ou SMS dans le cadre d'informations liées aux activités proposées par la Collectivité

Date : **Signature du Responsable légal :**

Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement du RAID SPORTIF 2025 - Arrêté N° 2025-029-DC