

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

Crèche  Maternelle

Élémentaire

Collège

Lycée

Classe (niveau).....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

### Allergies

Asthme

Médicamenteuses

Alimentaires

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si l'enfant est atteint de troubles de santé importants, ceux-ci seront pris en compte dans le cadre d'un **Projet d'Accueil Individualisé**) :

.....  
 .....

### Information santé

Indiquez ci-après les particularités de santé (maladie, accident, crises convulsives, handicap, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
 .....

## AUTORISATIONS

### Personnes autorisées à prendre l'enfant en charge et/ou à prévenir en cas d'urgence autres que le(s) responsable(s) mentionné(s) sur la fiche Information Famille.

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables et devront obligatoirement présenter une pièce d'identité. Vous pourrez modifier cette liste une fois votre compte famille créé.

Nom, Prénom : ..... ☎ : .....

En qualité de : .....  Autorisé(e) à venir chercher l'enfant  A contacter en cas d'urgence

Nom, Prénom : ..... ☎ : .....

En qualité de : .....  Autorisé(e) à venir chercher l'enfant  A contacter en cas d'urgence

Nom, Prénom : ..... ☎ : .....

En qualité de : .....  Autorisé(e) à venir chercher l'enfant  A contacter en cas d'urgence

Autorise le responsable de la structure municipale fréquentée par mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise la ville d'Arès à exposer et/ou à diffuser les photographies de mon/mes enfant(s) dans les supports de communication de l'ACM, de la commune d'Arès et dans les médias (TV, presse) exclusivement à des fins non commerciales et à l'exclusion des sites internet (hormis celui de la Ville d'Arès).

OUI  NON

## DECLARATIONS

Certifie avoir pris connaissance des renseignements demandés et atteste de l'exactitude des informations reportées sur le DUI. Je m'engage à signaler à l'Espace Famille tout changement de situation familiale ou professionnelle, intervenu en cours d'année, auprès de l'un des services relevant du DUI.

Nom, Prénom du responsable légal de l'enfant : .....

Date : .....

Signature :