



La Ferme Européenne des Enfants

REGISTRATION FORM

(To be completed for each of your children)

LAST NAME : _____

FIRST NAME : _____

DATE OF BIRTH : _____

CLASS: _____

NATIONALITY: _____

CHILD RESPONSIBLE'S NAME AND ADDRESS :

Parent	Parent
Phone number :	Phone number :
Email :	Email :

At the end of the holidays, my child will return by:

☐ Bus

☐ Car

DATES AND FEES 2026

Membership 2026 (<i>one per family per calendar year</i>)	20 or 50 € ☐
Spring 2026	
Sunday, April 19 to Saturday, April 25	690 € ☐
Sunday, April 26 to Saturday, May 2nd	690 € ☐
Summer 2026	
Sunday, June 28 to Saturday, July 4	730 € ☐
Sunday, July 5 to Saturday, July 11	730 € ☐
Sunday, July 12 to Saturday, July 18	730 € ☐
Sunday, July 19 to Saturday, July 25	730 € ☐
Sunday, August 16 to Saturday, August 22	730 € ☐
Sunday, August 23 to Saturday, August 29	730 € ☐
Autumn 2026	
Sunday, October 18 to Saturday, October 24	690 € ☐
Sunday, October 25 to Saturday, October 1st	690 € ☐
Options :	
Week-end Package (<i>for children staying 2 weeks</i>)	100 € ☐
Accompanied Bus Transport (<i>from Paris</i>)	
One-way	50 € ☐
Return	50 € ☐
Go and back	100 € ☐
TOTAL :	 €
Deposit : (<i>To secure the booking</i>)	300 €/week ☐
Balance due : (<i>No later than 1 month before the stay</i>)	 €

Please include your child's name

**on the back of the check or in the reference of the bank transfer
and complete the health form**

Registration Terms:

- Your booking will be confirmed upon receipt of the registration form and deposit. The remaining balance must be paid no later than one month before your child's arrival.
- To confirm your booking, please send the completed form by mail, along with the deposit check or proof of transfer, to:

La Ferme Européenne des Enfants - « Le Hamel » - 76660 Grandcourt

IBAN : FR76 1027 8021 5700 0206 6794 531 // BIC : CMCIFR2A

- If cancellation occurs more than 7 days before the stay, the deposit will be retained. After this, the full cost of the stay is due.

Special Dietary Requirements:

Any special dietary needs (by choice or medical reason) must be communicated upon registration; otherwise, they cannot be accommodated.

Communication with Families:

Parents can call La FEE's voicemail to hear daily updates, check the private blog with photos of the stay, and send emails and letters to their children.

Children can write letters every day after lunch and call a family member once a week if they desire. Mobile phones are not recommended at La FEE and will be kept in the office during the stay.

Specialized Support:

If your child requires a school support assistant, please inform us upon registration so we can arrange appropriate support together.

Image rights :

I agree that my child may participate in various reports, photos, videos, and appear on our website and the private blog sent to parents daily :

☐ Yes

☐ No

Signature :

Information about your child :

1. What are their dreams for their upcoming holidays? What are their expectations and plans?

.....
.....
.....

2. Has your child already come to La FEE before ?

3. Does your child speak multiple languages? Which ones:

4. Do they play a musical instrument? If so, which one and for how long?

.....

5. What is your child's school ?

6. Does your child follow a special diet ?

.....
.....

Other information :

.....

Date et Signature :



La Ferme Européenne des Enfants

Membership Form for the Association
Year 2026

*(Mandatory for all registrations to La FEE)
(One per family per calendar year)*

Membership Fee:

Member: 20 €

Benefactor: 50 € or more – *Join the network of Parents, Friends,
and Alumni of La Ferme Européenne des Enfants!*

Parent(s)' Name(s):

.....
.....

Child(ren)'s Name(s):

.....
.....

Address :

Postal code :

City :

Country :

Phone :

Email :

Please return the membership form to:

La Ferme Européenne des Enfants
« Le Hamel »
76660 GRANDCOURT

Make checks payable to:

“La Ferme Européenne des Enfants” (with your child's name on
the back).

Or transfer funds to the account below (include your child's name
in the reference):

Crédit Mutuel
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	02157	00020667945	31	EUR

Domiciliation
CCM EU

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1027	8021	5700	0206	6794	531

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation
CCM EU
5 RUE PAUL BIGNON
76260 EU

Titulaire du compte (Account Owner)
LA FERME EUROPEENNE DES ENFANTS
6 RUE DU HAMEL
76660 GRANDCOURT

02 32 06 30 65

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Thank you for your support !



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination,
l'attestation de sécurité sociale et la copie de carte mutuelle.

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé**, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :