



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

<u>DATES AND FEES 2025</u>	
Membership 2025 (<i>one per family per calendar year</i>)	20 – 50 € <input type="checkbox"/>
Spring 2025	
Sunday, April 13 to Saturday, April 19	680 € <input type="checkbox"/>
Sunday, April 20 to Saturday, April 26	680 € <input type="checkbox"/>
Summer 2025	
Sunday, June 29 to Saturday, July 5	730 € <input type="checkbox"/>
Sunday, July 6 to Saturday, July 12	730 € <input type="checkbox"/>
Sunday, July 13 to Saturday, July 19	730 € <input type="checkbox"/>
Sunday, July 20 to Saturday, July 26	730 € <input type="checkbox"/>
Sunday, August 17 to Saturday, August 23	730 € <input type="checkbox"/>
Sunday, August 24 to Saturday, August 30	730 € <input type="checkbox"/>
Autumn 2025	
Sunday, October 19 to Saturday, October 25	680 € <input type="checkbox"/>
Sunday, October 26 to Saturday, November 1	680 € <input type="checkbox"/>
Options :	
Week-end Package <i>(for children staying 2 weeks)</i>	100 € <input type="checkbox"/>
Accompanied Bus Transport <i>(from Paris)</i>	
One-way	50 € <input type="checkbox"/>
Return	50 € <input type="checkbox"/>
Go and back	100 € <input type="checkbox"/>
TOTAL :	
 €
Deposit : <i>(To secure the booking)</i>	
	300 €/week <input type="checkbox"/>
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 7800 0201 0954 517 // 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 2025**

*(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):



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	02178	00020109545	17	EUR

CCM EU

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1027	8021	7800	0201	0954	517

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation

CCM EU
5 RUE PAUL BIGNON
76260 EU
Tél : 08-20-89-00-29

Titulaire du compte (Account Owner)

LA FERME EUROPEENNE DES ENFANTS
6 RUE DU HAMEL
76660 GRANDCOURT

Remettez ce relevé à tout 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
 MEDICAMENTEUSES 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 :