

HOLIDAY CAMPS 2026-27

Externes

Documents à rendre obligatoirement pour l'inscription / [Mandatory documents](#)

- Dossier d'inscription signé / [Signed enrollment form](#)
- Pièces d'identité de l'élève et des parents / [Child and parents' id or passport](#)
- Carnet de vaccination / [Vaccination card](#)
- Assurance scolaire / [School insurance](#)

INFORMATION SUR L'ÉLÈVE / [STUDENT INFORMATION](#)

Nom de famille / [Family Name](#):Prénom / [First Name](#):Sexe / [Sex](#):☐ Masculin/[Male](#)☐ Féminin/[Female](#)Date & lieu de naissance (jjmmaaaa) / [Date & place of birth \(ddmmyyyy\)](#) : / /

à/at

SIGNATURE des parents

SEMAINE SOUHAITÉE / [DESIRED WEEK](#)

- ☐ Vacances de la Toussaint : 19/10/26 – 23/10/26
- ☐ Vacances de février : 08/02/27 – 12/02/27
- ☐ Vacances d'Avril : 05/04/27 – 09/04/27
- ☐ Grandes vacances de juillet : 05/07/27 – 09/07/27
- ☐ Grandes vacances de juillet : 12/07/27 – 16/07/27 (*Attention, 14/07/27 férié/ [day off](#)*)
- ☐ Grandes vacances de juillet : 19/07/27 – 23/07/27
- ☐ Grandes vacances de juillet : 26/07/27 – 30/07/27

HORAIRES:

Temps plein / **Full time** : de 8h30 à 17h30.

Mi-temps / **Part time** : de 8h30 à 12h30 (repas compris).

TARIFS:

5 jours temps plein: 350€

5 jours mi-temps : 220€

4 jours temps plein: 308 €

4 jours mi-temps : 198 €

1 à 3 jours à la carte temps plein : 90 €/jour

1 à 3 jours à la carte mi-temps : 60 €/ jour

Repas : 8 €

Repas : 8 €

Le paiement doit être fait au moment de l'inscription et dans sa totalité par virement bancaire uniquement au RIB suivant // **Païement at the time of enrollment and by bank transfer only.**

Titulaire du compte : NEUILLY MONTESSORI SARL IBAN : FR76 3000 4020 3700 0103 6124 954	RIB : 30004 02037 00010361249 54 BIC : BNPAFRPPXXX
---	---

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS / PARENTAL INFORMATION**Responsable Legal 1 / Legal responsible 1**Nom de famille, prénom / *Family name, first name:*Employeur & Profession / *Employer & Profession:*Adresse personnelle / *Home address:*Tél mobile / *Cell phone:*Tél bureau / *Work phone:*Courriel / *Email:***Responsable Legal 2 / Legal responsible 2**Nom de famille, prénom / *Family name, first name:*Employeur & Profession / *Employer & Profession:*Adresse personnelle (si différente) / *Home address (if different):*Tél mobile / *Cell phone:*Tél bureau / *Work phone:*Courriel / *Email:***SITUATION FAMILIALE / FAMILY SITUATION**Parents mariés / *Parents married* ☐ Parents divorcés / *Parents divorced* ☐Parents séparés / *Parents separated* ☐ Parents vivant ensemble / *Parents living together* ☐**DÉTENTION DE L'AUTORITÉ PARENTALE / PARENTAL AUTHORITY**Père et mère / *Father and mother* ☐ Père seulement / *Father only* ☐Mère seulement / *Mother only* ☐ Tuteur / *Guardian* ☐

ADRESSE DE L'ÉLÈVE / *STUDENT'S ADDRESS*Père et mère / *Father and mother* ☐ Père / *Father* ☐ Mère / *Mother* ☐Autre / *Other*: ☐**AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE / *OTHER CONTACT PERSON IN CASE OF EMERGENCY***CONTACTER EN PRIORITÉ : Père / *Father* ☐ Mère / *Mother* ☐Autre (nom, tel) / *Other (name, phone)* ☐**AUTRES PERSONNES AUTORISÉES / *OTHER AUTHORISED PERSONS***Personnes autorisées à venir chercher l'enfant / *People authorised to collect your child*:Père / *Father* ☐ Mère / *Mother* ☐Autre (nom, tel) / *Other (name, phone)* ☐

AUTORISATIONS / AUTHORIZATIONS

FICHE D'AUTORISATION DE SORTIE / PARENTAL AUTHORISATION FORM

Je, soussigné(e), autorise la participation de mon enfant à toutes les sorties organisées par l'école dans le cadre des activités scolaires et extrascolaires. / *I authorise my child to participate in field trips, outings, curricular and extracurricular activities organised by the school.*

OUI / YES

NON / NO

signature / *signature*

.....

AUTORISATION PARENTALE POUR L'UTILISATION DES PHOTOS, VIDEOS ET IMAGES NUMÉRIQUES DES ÉLÈVES / PARENTAL AUTHORISATION FOR THE USE OF DIGITAL PHOTOS AND VIDEOS OF STUDENTS

J'accepte que les photos, vidéos et images numériques des enfants nommés ci-dessous apparaissent dans les publications écrites de l'Ecole Montessori Internationale de Neuilly et de Suresnes, sur son site Web et dans d'éventuelles revues promotionnelles. Je suis informé que cette utilisation est faite dans un cadre pédagogique uniquement et que l'identité de mon enfant sera protégée. Je suis également informé que ces images pourront être utilisées ou distribuées sous d'autres formes (DVD-CD Rom), toujours dans le cadre de présentation de notre établissement. / *I agree to allow photos, videos and digital images of my children to be used in publications about the Ecole Montessori Internationale de Neuilly et de Suresnes or on its website. I am informed that they will only be used in educational material and that the identity of my child will be protected. I am also informed that these images may be distributed in other forms (DVD-CD Rom) but only to be used for the representation of the school.*

OUI / YES

NON / NO

signature / *signature*

.....

UTILISATION DES DONNÉES PERSONNELLES DES ÉLÈVES ET LEURS PARENTS / USE OF STUDENTS' AND THEIR PARENTS' PERSONAL DATA

Les informations recueillies sont nécessaires à l'inscription de votre enfant dans l'établissement. Elles font l'objet de traitements informatiques. Seules les données répondant à des obligations légales de conservation ou d'archivage sont conservées, au départ de l'élève, dans les dossiers de l'établissement. Certaines données sont transmises en application de la loi au rectorat de l'académie et aux collectivités territoriales. Conformément à la loi "informatique et libertés" et à l'ensemble de la réglementation sur la protection des données personnelles (RGPD) les parents bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations concernant leur enfant et eux-mêmes. Pour exercer ce droit et obtenir communication de ces informations, les parents peuvent s'adresser à la direction de l'école. / *The information collected is necessary for the registration of your child in our school. It is subject to computer processing. Only the data that meets legal obligations of conservation or archiving are kept in the school's files when the pupil leaves the school. Certain data are transmitted in application of the law to the "Rectorat de l'académie" and to the local authorities. In accordance with the law "informatique et libertés" and general data protection regulation (GDPR), parents have the right to access and correct information concerning their child and themselves. To exercise this right and obtain this information, parents should contact the school management.*

signature / *signature*

.....

FICHE SANITAIRE / HEALTH FORM

I. ENFANT / CHILD : NOM / *FAMILY NAME* :

PRENOM / *FIRST NAME* :

SEXE : M F

DATE DE NAISSANCE / *DOB* : ____/____/____

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet vaccination de l'enfant / Fill in from the child's health book)

Les enfants doivent obligatoirement être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (souvent associés à la coqueluche) pour être inscrits dans une école. La vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B est vivement recommandée.

Les vaccinations et, dans certains cas, les rappels sont vérifiés régulièrement tout au long de la scolarité. Soyez vigilants sur les dates de rappel. Pour être sûrs de ne rien oublier, consultez le calendrier des vaccinations sur le site service-public.fr. En cas de non-vaccination, un certificat de contre-indication médicale est exigible.

Children must be vaccinated against diphtheria, tetanus, and polio (often combined with whooping cough) to be enrolled in school. Vaccination against measles, mumps, rubella (MMR) and hepatitis B is highly recommended.

Immunizations and, in some cases, boosters are checked regularly throughout school. Be vigilant about the dates of the booster shots. To make sure you don't forget anything, consult the vaccination calendar on the service-public.fr website. In case of non-vaccination, a certificate of medical contraindication is required.

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT OU ALLERGIES / CHILD'S MEDICAL INFORMATION OR ALLERGIES

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES / *INDICATE OTHER HEALTH DIFFICULTIES BY SPECIFYING THE DATES*:: (allergies, maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales) / *(allergies, diseases, accidents, seizures, hospitalizations, surgical operations)*

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

____/____/____
____/____/____
____/____/____

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS / PARENT RECOMMENDATIONS :

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

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT/ *IS THE CHILD CURRENTLY FOLLOWING A TREATMENT ?*

Non Oui

SI OUI, LEQUEL / *IF YES, WHICH ?*

**Veuillez noter qu'en aucun cas l'école n'est autorisée à administrer des médicaments aux élèves. / Please note that the school cannot give medicine to students.*

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT / *Does the child wet his bed ?* Non/*No* occasionnellement/*sometimes* oui/*yes*

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM / *FAMILY NAME* : PRENOM / *FIRST NAME* :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. *I, the undersigned, responsible for the child, declare the information in this form accurate and authorize the Head of school to take, if needed, any measures (medical treatment, hospitalization, surgical interventions) made necessary by the state of health the child.*

DATE :

Signature