**COCHEZ LES DATES DE PARTICIPATION - MARK THE DATES ATTENDING**

**OCTOBRE / OCTOBER 2022**

| L | M | M | J | V |
|---|---|---|---|---|
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |

Journée complète / Full day : de 8h30 à 16h20 ☐

½ journée / half day : de 8h30 à 11h30 ☐ ou/or 13h30 à 16h20 ☐

**TARIFS – FEES / CONDITIONS FINANCIERES - PAYMENT TERMS**

- 515€ la semaine / per week
- 440€ pour 4 jours / for 4 days
- 240€ pour deux jours / for 2 days
- 135€ pour 1 jour / for 1 day
- 75€ la ½ journée / for a ½ day

Sorties incluses / Outings are included. Les frais engagés ne sont en aucun cas remboursables / Fees paid are not refundable. *Les repas et goûters ne sont pas fournis par l'école / Meals and snacks are not provided by the school.*
Pour les activités organisées durant les vacances scolaires, le paiement en totalité est exigé d'avance et n'est en aucun cas remboursable.
For activities during holidays, the complete fee must be paid in advance, and cannot be refunded for any reason. For additional outings, we will ask for a fixed payment from parents.

**ALLERGIES**

Votre enfant est-il sujet à des allergies ? / Does your child suffer from allergies? oui/yes □ ; non/no □
si oui, lesquelles / if yes, please specify :……..……...
Est-il asthmatique ? Is he/she asthmatic? oui/yes □ ; non/no □ ; si oui, merci de nous fournir le protocole à suivre/if yes, please provide the procedure to follow.

**ATTESTATION**

| | |
|---|---|
| Je, soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ _____ confirme que ce dernier est bien assuré en responsabilité civile individuelle. J'autorise l'école à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, à contacter les urgences ou le médecin le plus proche.<br><br>Je vous remercie de me téléphoner au : (indiquer le n° de téléphone auquel vous serez joignables durant la journée) _____<br><br>Fait à Paris, le _____<br><br>Signature du représentant légal de l'enfant, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » | I, the undersigned, _____ am responsible for the child _____ _____ and confirm that he/she has full insurance cover for individual civil liability. I authorise the school to take any necessary measures (medical treatment, hospitalisation, operations) that the child's condition may call for and to contact the Emergency services or the nearest Doctor.<br><br>Please telephone me at (*give the phone number where you can be contacted during the day*) _____<br><br>Signed in Paris on _____<br><br>*Signature of the child's legal guardian preceded by « read and approved »* |