

# Internationales Preisträgerprogramm

## Autorisation parentale

pour mon enfant ..... (prénom, nom)

1. Nous avons pris connaissance de la notice à l'intention des lauréats ainsi que de la fiche d'identité et autorisons notre fils/notre fille à séjourner en République fédérale d'Allemagne.
2. Notre fils/notre fille est autorisé(e) à participer à des activités sportives (à l'école ainsi que pendant les loisirs) pendant son séjour en Allemagne.  
 oui       non

3. Notre fils/notre fille est autorisé(e) à aller se baigner pendant son séjour en Allemagne.  
 oui       non

Notre fils/notre fille **sait nager**

oui       non

4. Notre fils/notre fille est vacciné(e) contre le tétanos  
 oui       non

si oui : date de la vaccination : .....  
(Date)

5. S'il/Si elle a été vacciné(e) (tétanos), il/elle emportera en Allemagne une traduction certifiée de son certificat médical de vaccination. Si ce certificat de vaccination est établi en langue anglaise ou française, sa traduction n'est pas nécessaire.
6. Nous avons pris connaissance et consentons à ce que notre fils/notre fille sera renvoyer au foyer parental à nos propres frais en cas d'infractions graves (par exemple en cas d'absences inexcusées, d'un retrait non autorisé du programme, d'un abus de drogues, d'alcool ou de médicaments).
6. Nous consentons à ce que tous les droits transférables attachés au compte rendu de séjour ainsi qu'au photos prises de notre fils/de notre fille passent au Secrétariat de la Conférence permanente des Ministres de l'Education et des Affaires culturelles des Länder en République fédérale d'Allemagne et peuvent être utilisés aux fins du programme.
7. **Nous nous engageons à ce que, une fois le programme terminé, notre fils/notre fille revienne d'Allemagne par la voie la plus directe dans notre pays.**
8. En cas de traitement médical et/ou d'hospitalisation, nous relevons les organismes/personnes responsables du traitement de leur obligation au secret professionnel et consentons à ce que soient fournis à la compagnie d'assurance maladie les renseignements demandés et/ou que soient mis à sa disposition le dossier médical complet, résultats d'analyses, rapports médicaux et consultations compris, et tous autres documents nécessaires.

.....  
(Lieu)

(Date)

(Signature)