

**Internationales Preisträgerprogramm**  
**Einverständniserklärung der Eltern**  
**Parental Declaration of Consent**

für unsere Tochter / unseren Sohn

**For our daughter / our son** .....

Vorname, Nachname  
**First name, last name**

1. Wir haben vom Inhalt des Informationsblattes für Preisträger sowie des Personalbogens Kenntnis genommen und sind mit dem Deutschlandaufenthalt unserer Tochter / unseres Sohnes einverstanden.  
**We have read and herewith acknowledge the information given regarding the „Internationales Preisträgerprogramm“ and in the profile form. We give permission that our daughter / our son is going to participate in the sojourn in the Federal Republic of Germany. She / he will participate in the complete programme of the 4 weeks' sojourn.**
  
2. Unsere Tochter / unser Sohn darf an sportlichen Aktivitäten (in Schule und Freizeit) während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland teilnehmen:  
**Our daughter / son may participate in sports activities (at the host school and during leisure time) while in Germany:**  
 (ja) yes                       (nein) no
  
3. Unsere Tochter / unser Sohn darf an Badesport-Aktivitäten während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland teilnehmen:  
**Our daughter / son may participate in swimming activities while in Germany:**  
 (ja) yes                       (nein) no
  
- Unsere Tochter / unser Sohn **kann** schwimmen:  
**Our daughter / son can swim:**  
 (ja) yes                       (nein) no
  
4. Unsere Tochter / unser Sohn ist gegen Tetanus geimpft:  
**Our daughter / son has been vaccinated against tetanus:**  
 (ja) yes                       (nein) no

falls ja, bitte Datum der Impfung angeben:

**If yes, when:** .....

(Datum)  
(date of the vaccination)

5. Sie/er wird im Falle einer durchgeführten Impfung (Tetanus) eine beglaubigte Übersetzung der ärztlichen Impfbescheinigung nach Deutschland mitnehmen. Falls diese Impfbescheinigung in Englisch oder Französisch ausgestellt sein sollte, entfällt die Übersetzung.  
**In case of vaccination, she / he will have a physician's documentation certifying the valid tetanus vaccination with her / him. If this attestation is in English or French, no translation is necessary. If**

**the documentation is in other languages than English, French or German, a certified translation is needed.**

6. Wir nehmen zur Kenntnis und erklären uns einverstanden, dass bei schwerwiegenden Verstößen (z.B. unentschuldigtem Fehlen, unerlaubtem Entfernen von Programmveranstaltungen, Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenmissbrauch) unsere Tochter / unser Sohn auf unsere Kosten nach Hause geschickt wird.  
**We take note of and agree that in the event of serious violations of the general conditions of the programme (e.g., truancy, unauthorized leave of programme events, misuse of alcohol, drugs or medications) our daughter / son will be sent home at our own expense.**
7. Wir sind damit einverstanden, dass sämtliche übertragbaren Rechte an dem Erfahrungsbericht sowie beigefügter Fotos unserer Tochter / unseres Sohnes auf das Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland übergehen und für Programzzwecke verwendet werden dürfen.  
**We consent to all rights to our daughter's / son's final report (incl. any enclosed photos, if applicable) on her stay in Germany being transferred to the Secretariat of the Standing Conference of the Ministers of Education of the Federal Republic of Germany / Paedagogical Exchange Service (PAD) and that excerpts of the report / photos may be used for programme purposes.**
8. **Wir verpflichten uns, dass unsere Tochter / unser Sohn nach Programmende auf direktem Wege aus Deutschland in unser Heimatland zurückkehrt.**  
**We herewith accept the obligation to ensure that our daughter / son will return directly to our home country after her / his stay in Germany.**
9. Für den Fall einer ärztlichen Behandlung und/oder eines Krankenhausaufenthalts entbinden wir die Behandlungsträger von der Schweigepflicht und geben unser Einverständnis, dem vom PAD benannten Versicherungspartner die erbetene Auskunft zu erteilen, bzw. die vollständige Patientenakte unseres Sohnes/unserer Tochter inkl. sämtlicher Befunde, Berichte sowie weiterer Dokumentation zur Verfügung zu stellen.  
**In the event of treatment by a physician and / or if a stay at a hospital is necessary, I / we herewith consent to release the physician treating our daughter / son from doctor-patient confidentiality obligations and expressly allow the necessary information to be shared with the health insurance company operating in the context of the programme .**

---

(Ort)  
(Place)

(Datum)  
(Date)

(Unterschrift)  
(Signature/s)