

# **Deutschland Plus**

## **Einverständniserklärung der Eltern**

für unsere Tochter / unseren Sohn .....

Vorname, Nachname

1. Wir haben vom Inhalt des Informationsblattes sowie des Personalbogens für „Deutschland Plus“ Kenntnis genommen und sind mit dem Deutschlandaufenthalt unserer Tochter / unseres Sohnes einverstanden.
2. Unsere Tochter / unser Sohn darf an sportlichen Aktivitäten (in Schule und Freizeit) während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland teilnehmen:
- ☐ ja                      ☐ nein

3. Unsere Tochter / unser Sohn darf an Badesport-Aktivitäten während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland teilnehmen:
- ☐ ja                      ☐ nein

Unsere Tochter / unser Sohn **kann** schwimmen:

☐ ja                      ☐ nein

4. Unsere Tochter / unser Sohn ist gegen Tetanus geimpft:
- ☐ ja                      ☐ nein

falls ja, bitte Datum der Impfung angeben: .....  
(Datum)

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.
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 eigene Kosten nach Hause geschickt wird.
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 Programmw Zwecke verwendet werden dürfen.
8. **Wir verpflichten uns, dass unsere Tochter / unser Sohn nach Programmende auf direktem Wege aus Deutschland in unser Heimatland zurückkehrt.**
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 incl. sämtlicher Befunde, Berichte und Konsile sowie weiterer Dokumentation zur Verfügung zu stellen.

.....  
(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)