

Internationales Preisträgerprogramm
Allegato alla scheda personale dei vincitori
Dichiarazione di consenso dei genitori

per nostro(a) figlio(a).....
Nome, cognome

1. Abbiamo preso conoscenza del contenuto della nota d'informazione e della scheda personale per i vincitori e acconsentiamo al soggiorno nella Repubblica Federale Tedesca di nostro(a) figlio(a).

2. Nostro(a) figlio(a) è autorizzato(a) a partecipare ad attività sportive (durante il tempo scuola e fuori l'orario scolastico) durante la permanenza in Germania:

si no

3. Nostro(a) figlio(a) è autorizzato(a) a partecipare ad attività natatorie (durante il tempo scuola e fuori l'orario scolastico) durante la permanenza in Germania:

si no

Nostro(a) figlio(a) sa nuotare

si no

4. Nostro(a) figlio(a) è vaccinato(a) contro il tetano: si no

Se sí, indicare la data della vaccinazione:

5. In caso di avvenuta vaccinazione antitetanica, nostro(a) figlio(a) porterà con sé in Germania una traduzione autenticata del certificato medico di vaccinazione. La traduzione non sarà necessaria nel caso in cui il detto certificato fosse stato rilasciato in lingua inglese o francese.

6. Dichiariamo di accettare che possa essere necessario fare rientrare nostro(a) figlio(a) a casa anticipatamente e a nostre spese nelle seguenti circostanze:

- mancata frequenza alle attività previste dalla mobilità
- abuso di alcol e/o medicinali e l'utilizzo di droghe;
- comportamento ritenuto inappropriato o offensivo nei confronti della comunità ospitante, che mette in pericolo lui o altre persone o causa danni alle proprietà

7. Con la presente autorizziamo la cessione dei diritti d'autore alla Segreteria della Conferenza Permanente dei Ministri della Pubblica Istruzione dei Land della Repubblica Federale Tedesca per quanto concerne il resoconto del viaggio in Germania e delle foto correlate che nostro(a) figlio(a) invierà alla Segreteria stessa.

8. Ci impegniamo a far sì che nostro(a) figlio(a) alla fine del programma venga rimpatriato direttamente dalla Germania.

9. In caso di terapia medica e/o di un soggiorno ospedaliero prosciolgo l'ente responsabile della terapia dall'obbligo del segreto professionale e autorizzo a fornire le informazioni richieste all'Associazione Sanitaria, ovvero la cartella clinica completa del paziente (nostro(a) figlio(a)) con tutti i referti, rapporti, consulti e ulteriore documentazione.

.....
(Luogo) (Data)

.....
(Firma)