

HORIZONS DU MONDE

STUDENT - participant

NAME - nom :
FIRST NAME - prénom :
SEX - sexe : D.O.B - date de naissance :
NATIONALITY - nationalité :
EMAIL :
CELL - tél. portable :

OFFICE USE ONLY

Program :

Number:

PARENTS

ADDRESS - adresse :
FATHER - père : NAME - nom & prénom : AGE : PROFESSION :
EMAIL : TEL. HOME - tél. fixe CELL - tél. portable :
MOTHER - Mère : NAME - nom & prénom : AGE : PROFESSION :
EMAIL : TEL. HOME - tél. fixe CELL - tél. portable :
MARRIED - mariés WIDOWED - veuf(ve) DIVORCED - divorcés SEPARATED - séparés SINGLE - célibataire
IF DIVORCED OR SEPARATED, NAME OF MAIN GUARDIAN - Si divorcés ou séparés, nom du gardien principal :
OTHER PERSON TO BE CONTACTED IN AN EMERGENCY - autre personne à contacter en cas d'urgence :
TEL HOME - Tél fixe : CELL - Tél portable :
NAMES & AGES OF BROTHERS AND SISTERS - prénoms et âges des frères & soeurs :

INTERESTS - centres d'intérêts :

SPORTS AND HOBBIES - sports et activités :
HAVE YOU TRAVELLED ABROAD - Avez-vous voyagé à l'étranger : YES NO WHERE AND WHEN - si oui, où et quand :
RELIGION (optional - optionnel) : PRACTICING - pratiquant NON PRACTICING - non pratiquant
DO YOU HAVE PETS? - avez-vous des animaux YES NO If yes, which ones - si oui lesquels :

HEALTH RECORD - santé : ARE YOU IN GOOD HEALTH - êtes vous en bonne santé : YES NO

DO YOU REQUIRE SPECIAL MEDICATION - prenez vous un traitement : YES NO DETAILS :
DO YOU HAVE ANY ALLERGIES (PLEASE LIST) - avez-vous des allergies (listez) :
MEDICAL DETAILS, SPECIAL DIET, PARTICULAR TROUBLES - détails médicaux, régime alimentaire, troubles particuliers :

SMOKING : I AM NOT A SMOKER - non-fumeur I AM A SMOKER, NEVERTHELESS - je fume, cependant:

I am aware that smoking is illegal for any person under 18 or 21 and that smoking is a potential cause for repatriation. j'ai conscience que fumer est interdit pour les mineurs de moins de 18 ou 21 ans et que fumer est interdit et une cause de rapatriement potentiel.
 If I am over 18 and a smoker, I shall abstain from smoking as it is a non-smoking program and a cause for repatriation. si j'ai plus de 18 ans, je m'abstiendrai de fumer car c'est interdit dans le programme et une cause de rapatriement potentiel.

PERMISSION FOR MEDICAL CARE

We, undersign, as the legal guardians of the student hereabove mentioned certify that our son/daughter has our permission to apply and to take part in an educational program abroad. Should our son/daughter have an accident or become ill during his/her participation, we grant permission for the host family and/or any program representative to act *in loco parentis* and obtain whatever and all attention deemed necessary by the medical personal abroad, including the repatriation. If because of this event and its repercussions, the continuation of the stay in normal conditions turns to be impossible, I fully agree to pay the full cost of his/her repatriation home should they not be covered by the insurance subscribed. In the event our child has a reoccurrence of any pathology present and/or contracted before the departure date, we release the host family, the organisation and its representative of all moral and financial responsibility. In all cases, we commit to pay all costs not covered by the subscribed insurance should they not be covered including the cost of early repatriation home.

PERMISSION POUR SOINS MEDICAUX

Nous, soussignés, en notre qualité de responsables légaux, permettons à notre fils/fille de participer à un séjour linguistique à l'étranger. Si notre fils/fille a un accident ou est malade durant son séjour, nous autorisons la famille hôte, l'organisme et ses représentants à agir *in loco parentis* et à faire procéder à tous actes jugés nécessaires par le personnel médical sur place, y compris son rapatriement. Si par cet événement ou ses suites, la poursuite du séjour dans des conditions normales n'était pas possible, je m'engage à prendre en charge l'intégralité des frais de rapatriement si ceux-ci s'avèrent ne pas être remboursables par l'assurance souscrite. Si, durant son séjour, notre fils/fille a une rechute d'une pathologie présente et/ou contractée avant la date de départ, nous dégageons la famille hôte, l'organisme et ses représentants de toute responsabilité morale et financière. Dans tous les cas, nous nous engageons à assumer tous les frais non pris en charge par l'assurance médicale souscrite y compris les frais de retour anticipé si cela s'avérait nécessaire.

Je, soussigné(e), responsable légal de l'enfant donne mon accord pour sa participation au voyage organisé par son Etablissement Scolaire. Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes, à jour et n'avois omis aucune information importante. Je reconnais que mon enfant devra être muni des documents d'identité et d'autorisation de sortie du territoire et d'entrée sur le territoire nécessaires. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que des conditions d'assurances et d'assistance et déclare les accepter sans réserve.

Fait à Le

Father's signature - signature du père

Mother's signature - signature de la mère

Student's signature - signature du participant

