



Programm “Deutschland Plus”
Einverständniserklärung der Eltern
Parental Declaration of Consent

(Version 1.2)

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 Program „Deutschland Plus“ 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. Wir sind damit einverstanden, dass alle übermittelten Daten und Informationen - sowie alle Anlagen (insbesondere die Daten zur Gesundheit) – unseres Kindes durch den Pädagogischen Austauschdienst für die weitere Vorbereitung und Durchführung des Programms elektronisch gespeichert, weiterverarbeitet und den betreuenden Personen (Reiseleitungsteams, Lehrkräften, Gastfamilien sowie - auszugsweise - Programmpartnern) zur Verfügung gestellt werden. Die Weitergabe der Daten liegt in unserem und im Interesse unseres Kindes und dient dazu, um unsere Tochter / unseren Sohn angemessen betreuen lassen zu können. Der Pädagogische Austauschdienst wird die Daten stets vertraulich behandeln. Die Daten Ihrer Tochter / Ihres Sohnes werden aus organisatorischen Gründen sowie aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten nach Ablauf der aktuellen Programmsaison sechs Jahre weiter vorgehalten; danach werden die Daten vernichtet/gelöscht bzw. anonymisiert. Uns ist bekannt, dass wir Auskunft über die vom PAD verarbeiteten Daten, eine Berichtigung unzutreffender Daten oder eine Vervollständigung unvollständiger Daten verlangen können. Sollten wir unsere Einwilligung zur Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten unseres Kindes nicht geben, ist eine Teilnahme am IPP/DPlus-Programm nicht möglich. We agree that all transmitted data and information – as well as all attachments (in particular the data included in the health certificate /referring to our child's health) – of our child will be electronically stored and processed



by the Pedagogical Exchange Service (PAD) for the further preparation and implementation of the programme. The data will also be made available to the supervisors (chaperones, teachers, host families and (in extracts) to programme partners¹. The transfer of the data is in our interest as well as in the interest of our child as it serves to ensure that our daughter/son is adequately cared for. The PAD will always keep the data confidential. Your daughter's/son's data will be stored for six years after the current programme period will have/has expired, for organizational reasons and due to legal retention requirements. After that, the data will be destroyed/deleted or anonymized. We acknowledge that we may request information about the data processed by the PAD, a correction of incorrect data, or a completion of incomplete data. If we do not give our consent to the storage, processing and transfer of our child's data, participation in the IPP/DPlus programme is not possible.

3. 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
4. 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
5. 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, (mis)use of alcohol, drugs or medications) our daughter / son will be sent home at our own expense.
6. 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.

¹ Travel-agencies, insurance companies, airlines, consular services, possibly government agencies in Germany (e.g. the visitor service of the German parliament [Bundestag]).

7. Des Weiteren sind wir damit einverstanden, sämtliche übertragbaren Rechte am Rückmeldebogen/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 Auszüge aus dem Bericht und / oder Fotos für Programmmzwecke verwendet werden dürfen. We consent to all rights to our daughter's / son's feedback/final report (incl. any enclosed photos, if applicable) on her/his stay in Germany being transferred to the PAD of the Secretariat of the Standing Conference of the Ministers of Education of the Federal Republic of Germany and that excerpts of the feedback form / report / photos may be used for programme purposes.
8. 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.

.....
 (Place)

(Date)

(Signature mother/legal guardian)

.....
 (Place)

(Date)

(Signature father/legal guardian)

If applicable: there is only one legal guardian: mother/legal guardian father/legal guardian