

NOM DE L'ÉLÈVE (nom d'usage) :

ÉTABLISSEMENT :



## ANNEXE V FAMILLE

CONSENTEMENT DE LA FAMILLE durant séjour partagé.

Programme d'immersion linguistique Franco-aragonais pour les élèves :  
«AU-DELA DE LA FRONTIERE» / «CRUZANDO FRONTERAS»  
Année scolaire 2022-2023

Séjour des élèves espagnols en  
France : du 7/11/2022 au  
16/12/2022

Séjour des élèves français en  
Espagne : du 9/01/2023 au  
17/02/2023

ELEVE :

ETABLISSEMENT:

ELEVE ESPAGNOL ACCUEILLI :

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....

Parent ou tuteur<sup>1</sup> de l'élève mentionné, ci-dessus, m'engage vis-à-vis de  
l'élève espagnol accueilli à :

-L'intégrer dans la vie de famille du mieux possible.

-L'informer sur les règles qui régissent la vie familiale.

-L'informer sur les coutumes et l'aider à s'intégrer dans la culture et les  
mentalités du pays d'accueil.

-S'assurer qu'il ne reste pas seul au domicile la nuit (par exemple le week-end  
ou pendant les vacances).

Durant les périodes mentionnées ci-dessous :

<sup>1</sup> Barrer la mention inutile



**NOM DE L'ÉLÈVE (nom d'usage) :**

**ÉTABLISSEMENT :**

-dates de séjour :

-du / /20 au / /20.

- Je m'engage à informer le professeur tuteur et les autorités de l'établissement de mon fils de tout problème qui pourrait survenir durant le séjour du jeune élève espagnol sous ma responsabilité.

-J'accepte la délégation de responsabilité et d'autorité du tuteur ou du tuteur désigné par l'établissement et par la famille d'accueil.

-J'accepte de communiquer toutes informations nécessaires à l'établissement d'accueil.

-Je m'engage à respecter et à faire respecter les règles suivantes durant le séjour :

-Interdiction d'utilisation d'alcool et /ou drogues.

-Interdiction de conduire un véhicule motorisé.

**Accord médical :**

-J'assume la responsabilité, si le jeune espagnol le nécessite et que les autorités médicales le jugent nécessaire, de tout traitement d'urgence, dentaire, médical ou chirurgical, y compris l'anesthésie ou les transfusions sanguines.

-J'accepte de communiquer tous les renseignements pertinents sur la santé de l'enfant à l'établissement d'accueil et à la famille d'accueil.

Lu et approuvé :

Lieu et date :

Nom et prénom (du père, de la mère ou du tuteur) en lettres capitales :

Signature :



NOM DE L'ÉLÈVE (nom d'usage) :

ÉTABLISSEMENT :

Elève espagnol (nom en lettres capitales) :

Signature, précédée du texte manuscrit :

J'ai pris connaissance des conditions du programme auquel je participe et j'accepte de respecter les règles et les indications.

