

The Josef Landherr and Hermann Thumm Foundation Inc.

Student Exchange Program

MEDICAL AUTHORISATION

This form is to signed by parents or legal guardians of the student participating in the student exchange.

Dieses Formular ist von Eltern bzw. gesetzlichen Vertretern der Schüler, die am Schüleraustauschprogramm teilnehmen, zu unterzeichnen.

Please PRINT / Bitte in DRUCKSCHRIFT

Medical authorisation for students

Genehmigung zur ärztlichen Behandlung des Schülers / der Schülerin

Student:

Familiename / Family Name

Vorname / First name

I/we authorise medical attention for my/our child if judged necessary by the German medical authorities, the German host family or the German educators responsible for the program

Ich/wir genehmige/n ärztliche Behandlung für mein/unser Kind, falls von den deutschen Gesundheitsbehörden, der deutschen Gastfamilie bzw. den für Programm zuständigen deutschen Erziehern für notwendig erachtet.

Signed:

Parent/Guardian

Date