



ที่ ศธ ๐๔๐๐๖/ว)๓๓๕

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ กทม. ๑๐๓๐๐

๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง โครงการแลกเปลี่ยนด้านการศึกษาและวัฒนธรรมกับองค์กร Youth for Understanding International Exchange (YFU) สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาทุกเขต

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดโครงการ คุณสมบัติ ใบสมัคร และกำหนดการสอบ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จะดำเนินการคัดเลือก/สรรหานักเรียน จำนวน ๓๐ คน เพื่อเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนด้านการศึกษาและวัฒนธรรมกับองค์กร Youth for Understanding International Exchange (YFU) สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประจำปี ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ (รวมวันเดินทาง) ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ในการนี้ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานใคร่ขอให้ดำเนินการดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวไปยังโรงเรียนในสังกัดที่สนใจ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เสนอชื่อนักเรียนโรงเรียนละไม่เกินจำนวน ๒ คน สมัครเข้าร่วมโครงการ โดยให้โรงเรียนเสนอชื่อพร้อมใบสมัคร ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๒๘๑ ๑๙๕๖ และส่งไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) ไปยังสำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน ภายในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

๒. ให้นักเรียนที่ได้รับการเสนอชื่อไปเข้ารับการทดสอบข้อเขียนภาษาอังกฤษ ในวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๑ ถนนศรีอยุธยา ซอย ๕ กรุงเทพมหานคร และผู้ผ่านการทดสอบข้อเขียนจะต้องเข้ารับการสัมภาษณ์ภาษาอังกฤษและแสดงความสามารถทางศิลปวัฒนธรรมไทย ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ตามลำดับ ณ ห้องประชุม สพฐ. ๒ อาคาร สพฐ. ๕ ชั้น ๙ กระทรวงศึกษาธิการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ แผ้วพลสง)
รองเลขาธิการ วิชาการ การแทน
เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน

โทรศัพท์ ๐ ๒๒๘๘ ๕๘๓๖-๘

โทรสาร ๐ ๒๒๘๑ ๔๙๔

ประกาศรับสมัคร

โครงการแลกเปลี่ยนด้านการศึกษาและวัฒนธรรม
ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
และองค์กร Youth For Understanding สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประจำปี ๒๕๖๑

เกณฑ์และคุณสมบัติของโรงเรียนที่จะเสนอชื่อนักเรียนเข้าร่วมโครงการ

๑. เป็นโรงเรียนรัฐบาลในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
๒. มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เป็นโรงเรียนที่ได้รับรางวัลเพชรยอดมงกุฏ/ชนะเลิศการแข่งขันศิลปหัตถกรรมนักเรียน
 - ๒.๒ มีผลงานโดดเด่นทางวิชาการ โดยเฉพาะวิชาภาษาอังกฤษ หรือภาษาเยอรมัน
 - ๒.๓ เป็นโรงเรียนที่เปิดสอนโครงการ EP , Mini EP หรือ เปิดสอนภาษาเยอรมัน
๓. มีศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับโรงเรียนของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี
๔. มีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมโครงการในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดรายการดูงาน ประสานงานต่าง ๆ การจัดแสดงนาฏศิลป์ไทย สนับสนุนบุคลากรช่วยงานโครงการ และอื่น ๆ

คุณสมบัตินักเรียน

๑. กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ - ๕ ในปีการศึกษา ๒๕๖๑
๒. มีทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ/เยอรมัน ดี (ฟัง-พูด-อ่าน-เขียน)
๓. มีความสนใจในภาษาและวัฒนธรรมเยอรมัน
๔. มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ และมีสุขภาพแข็งแรง
๕. มีความสามารถทางศิลปวัฒนธรรมไทยและ/หรือนาฏศิลป์ไทย
๖. สามารถร่วมกิจกรรมที่ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ระยะเวลา ๒ สัปดาห์
ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๓๐ เมษายน ๒๕๕๙
๗. หากได้รับการคัดเลือก ผู้สมัครจะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/ผู้ปกครองให้เดินทางไป
เข้าร่วมโครงการ ณ ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ทั้งนี้ สพฐ. ไม่อนุญาตให้ผู้ปกครองติดตามไปด้วย
๘. บิดา/มารดา/ผู้ปกครองสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสมทบต่างๆประมาณ ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)
๙. นักเรียนจะต้องได้รับการเสนอชื่ออย่างเป็นทางการจากโรงเรียน (มีหนังสือนำเสนอจากโรงเรียน)

กลุ่มวิเทศสัมพันธ์
สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ

กำหนดการ

โครงการแลกเปลี่ยนด้านการศึกษาและวัฒนธรรม
ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
และองค์กร Youth For Understanding สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประจำปี ๒๕๖๑

ส่งใบสมัคร - โรงเรียนมีหนังสือเสนอชื่อพร้อมส่งใบสมัคร (EMS) ถึงสำนักนโยบายและแผนฯ อาคาร สพฐ.๕ ชั้น ๘
กระทรวงศึกษาธิการ ถนนราชดำเนินนอก ดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ ภายในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

- สามารถส่งใบสมัครทางโทรสารหมายเลข ๐๒ - ๒๘๑๑๙๕๖ หรือทางอีเมลล์

n_somphop@hotmail.com / Relationsgroup@hotmail.com ก่อนนำส่งทางไปรษณีย์
(กรุณาโทรศัพท์สอบถาม/ยืนยันการส่ง ๐๒ ๒๘๘ ๕๘๓๖-๗)

สอบข้อเขียนภาษาอังกฤษ

วันพุธที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๑

๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. สอบข้อเขียนภาษาอังกฤษ

ณ ห้องประชุมสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๑

ถนนศรีอยุธยา ซอย ๕ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

หมายเหตุ ผู้เข้าสอบต้องชำระค่าบำรุงสถานที่ คนละ ๕๐ บาท

- คัดเลือกจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ผ่านเกณฑ์สอบข้อเขียนไม่เกิน ๓๐ ลำดับ

สอบสัมภาษณ์ภาษาอังกฤษ ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๓ มกราคม ๒๕๖๑

๐๘.๓๐ น. รายงานตัว

ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

อาคาร สพฐ. ๕ ชั้น ๙ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพฯ

๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. สอบสัมภาษณ์ภาษาอังกฤษและความสามารถทางศิลปวัฒนธรรมไทย

หมายเหตุ สามารถตรวจสอบรายชื่อผู้ผ่านการสอบข้อเขียนและกำหนดวันสัมภาษณ์ ณ หน้าห้องสอบข้อเขียน

หมายเหตุ ๑. คณะกรรมการฯ จะแจ้งกำหนดการให้ผู้สอบผ่านข้อเขียนเข้าสอบสัมภาษณ์

๒. ผลการคัดเลือกของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด

ใบสมัครเบื้องต้น (นักเรียน) (มี 2 หน้า)

รูปขนาด 2 นิ้ว

โครงการแลกเปลี่ยนด้านการศึกษาและวัฒนธรรม ระหว่าง สพฐ.

กับองค์กร Youth For Understanding สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประจำปี ๒๕๖๑

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย).....ชื่อเล่น.....
(ภาษาอังกฤษ).....Line ID.....Facebook.....
2. อายุถึงวันสมัคร.....(เกิดเมื่อวันที่.....)
3. ระดับชั้นการศึกษา.....

รายละเอียดการศึกษา (ตั้งแต่ประถมศึกษา-ปัจจุบัน)

สถานศึกษา	ปีการศึกษา	ประกาศนียบัตร	วิชาเอก	ผลการเรียนเฉลี่ย ตลอดหลักสูตร

4. *โรงเรียน.....จังหวัด.....
 ที่อยู่ (โรงเรียน).....
 โทร.....โทรสาร.....
 Website ของโรงเรียน/หน่วยงาน.....
 โรงเรียนรัฐบาลประเภท
 1. (.....) ประถมศึกษา (.....) ประถมศึกษา (ขยายโอกาส) (.....) มัธยมศึกษา
 2. (.....) ศึกษาพิเศษ (.....) ศึกษาสงเคราะห์
 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา.....เขต.....
 ที่อยู่ (บ้านที่สามารถติดต่อได้).....
 โทร.....โทร (มือถือ).....
 โทรสาร.....E-mail.....
 โรคประจำตัว/แพ้อาหาร..... ศาสนา.....

5. *ความสามารถพิเศษ
.....
.....
6. การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน
.....
.....

7. *ประสบการณ์ในการศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน/ทัศนศึกษา/ท่องเที่ยวต่างประเทศ.....ครั้ง
ประเทศ.....พ.ศ..... วัตถุประสงค์เพื่อ.....
ประเทศ.....พ.ศ..... วัตถุประสงค์เพื่อ.....
8. *บิดา:
ชื่อ/สกุล.....
อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
โทร..... โทร (มือถือ).....
- มารดา:
ชื่อ/สกุล.....
อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
โทร..... โทร (มือถือ).....
- ผู้ปกครอง (ในกรณีที่ไม่ใช่บิดามารดา) :
ชื่อ/สกุล.....
อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
โทร..... โทร (มือถือ).....
9. *บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน.....
ที่อยู่.....
.....
โทร..... โทร (มือถือ).....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงนาม.....บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
(.....)

ลงนาม.....ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน
(.....)

วันที่.....



YFU High School Year Program Exchange

ข้อมูลส่วนตัว

กรุณาเติมข้อความให้ครบถ้วน

ชื่อเล่น (อังกฤษ)..... (ไทย).....

ชื่อ - นามสกุล (ไทย).....

ชื่อ - นามสกุล (อังกฤษ).....

เกิดวันที่.....เดือน..... (ค.ศ.)..... อายุ..... ปี ข้าพเจ้ามีพี่-น้อง.....คน และเป็นบุตรคนที่.....

โรคประจำตัว.....ข้อจำกัดด้านอาหาร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เวลาที่สะดวกในการติดต่อ..... โทรศัพท์ บ้าน (.....)..... โทรสาร (.....)..... มือถือ 08..... Email.....	โรงเรียน..... จังหวัด..... ปี พ.ศ. 2560 เรียนอยู่ชั้น ม..... แผนการเรียน..... หมายเลขนักศึกษาวิชาทหาร (นศท)..... อาจารย์ประสานงาน วาย.เอฟ.ยู. ในโรงเรียน (ถ้ามี) ชื่อ-นามสกุล..... โทรศัพท์ โรงเรียน (.....)..... ต่อ..... มือถือ.....
---	---

ข้อมูลครอบครัว

ปัจจุบันท่านพักอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) บิดา มารดา ญาติ เกี่ยวข้องเป็น..... อื่น ๆ.....

บิดา	ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ชื่อสถานที่ทำงาน..... จังหวัด..... โทรศัพท์ (.....)..... โทรสาร (.....)..... มือถือ 08..... Email.....
	ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ชื่อสถานที่ทำงาน..... จังหวัด..... โทรศัพท์ (.....)..... โทรสาร (.....)..... มือถือ 08..... Email.....
พี่น้อง	ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... อาชีพ..... สถานที่ศึกษา/ทำงาน.....
	1
	2
	3

ญาติที่พำนักอยู่บ้านเดียวกับนักเรียน เช่น ลุง/ป้า/น้า/อา/ปู่/ย่า/ตา/ยาย

	ชื่อ-นามสกุล	ความสัมพันธ์	อายุ	อาชีพ	สถานที่ศึกษา/ทำงาน
1					
2					
3					

กรณีฉุกเฉิน (นอกเหนือจากบิดา/มารดา) ติดต่อ (นาย/นาง/น.ส.)..... ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์..... มือถือ 08.....



Hosting Country:

Student name:



STUDENT HEALTH CERTIFICATE

CERTIFICATE OF DENTAL HEALTH

(For year and semester students only)

I have examined the teeth of this student and certify that they are in satisfactory condition.

Dentist's Signature: _____ Date: _____

Dentist's Name Printed: _____ Phone: (_____) _____

Dentist's Address: _____ Area/City Code

CERTIFICATE OF GENERAL HEALTH

Physicians, Please Note:

Dear Medical Provider,

In completing this medical form, please know that this student has been accepted as a YFU exchange student and will be traveling to another country to live with a host family and attend school for approximately 11 months. The completed physical form is a very important document should the student have any medical issues while on the exchange program. Please provide as much detail as possible on any health issues that may need attention while the student is living abroad. The exchange experience can be challenging both physically and emotionally for a student and we request that this be taken into consideration when completing this health form. Our goal is to provide the best possible exchange experience for this student.

- Please type or print legibly in BLACK INK and write in English. Upon completion of this form, return it to the student. Thank you for your assistance.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City State/Province Zip/Postal Code Country

Date of examination: _____ Age: _____ Sex: M F

For how long has this person been a patient of yours: _____

Height: _____ Weight: _____

Blood Pressure: Sys: _____ Dia: _____ Pulse rate: _____ Regular? Yes No

1. Has the student ever received treatment, attention or advice from a physician or other practitioner for, or been told by any physician or practitioner that such person had:

- 1. Allergies* Yes No
2. Asthma Yes No
3. Appendicitis Yes No
Has appendix been removed? Yes No
4. Arthritis Yes No
5. Cancer Yes No
6. Chicken Pox (Varicella) Yes No
7. Diabetes Yes No
8. Eating disorder (e.g. anorexia, bulimia) Yes No
9. Emotional difficulties Yes No
10. Enuresis/Bed wetting Yes No
11. Epilepsy Yes No
12. German measles (Rubella) Yes No
13. Hernia Yes No
Has applicant been operated on/for hernia Yes No
14. Malaria Yes No
15. Measles (Rubeola) Yes No
16. Mumps (Rabula inflans) Yes No
17. Pneumonia Yes No
18. Rheumatic fever Yes No
19. Scarlet fever Yes No
20. Serious or persistent cough Yes No
21. Serious or persistent headaches Yes No
22. Frequent or chronic strep throat (Streptoangina) Yes No
23. Tuberculosis Yes No
24. Typhoid fever Yes No
25. Ulcers Yes No
26. Vertigo, dizziness Yes No
27. Whooping cough (Pertussis) Yes No

*For allergies, please indicate in section below type, allergen, frequency and severity of symptoms, duration, date of last symptom, medication (name, oral or injected and dosage)

Continued on reverse side



Hosting Country:
Student name:

2. Any disease, impairment or abnormality of:

- a. Blood or endocrine system
b. Bones, joints, or locomotor system
c. Brain or nervous system
d. Ears or hearing
e. Eyes
f. Genital-urinary system
g. Heart or blood vessels
h. Lungs, respiratory system
i. Other abdominal organs
j. Ovaries or breasts, if a female
k. Menstrual disorders, if a female
l. Prostate or testes, if a male
m. Skin
n. Stomach or digestive system
o. Throat
p. Thyroid
q. Tonsils, nose
Have tonsils been removed?

For all parts of Question 2 answered "yes", please give details: (Please print) Identify Questions Nature and Severity of Disease or Disorder, Specific Diagnosis, Frequency of Attacks and Treatment. If any conditions are chronic, please provide detailed information regarding management of the condition(s). (number or letter of condition)

3. Has the student:

If "yes", please explain.

- a. Had any surgical operation not revealed in previous questions, or gone to a hospital, clinic, dispensary or sanatorium for observation, examination or treatment not revealed in previous questions?
b. In the past 6 months taken any prescribed medication or been advised to restrict diet or living routine?
c. Ever used cocaine, barbiturates or other addictive drugs, except as medication prescribed by a physician or other practitioner?
d. Ever received treatment from a physician or other practitioner regarding the use of alcohol, or the use of drugs except for medical purposes, or received treatment or advice from an organization that assists those who have an alcohol or drug problem?
e. Had any significant weight loss or gain?
f. Participated in counseling or therapy within the last 2 years?
g. Ever exhibited symptoms of or been treated for an eating disorder?

4. Do you have knowledge of any history or present evidence of nervous, emotional, or mental problems? For example, is there any history of depression, suicidal thoughts or behavior, psychosis, mood swings or other nervous conditions? Yes No

If yes, please explain: -----

5. Is the applicant contemplating any surgical operation or planning to seek other medical advice or treatment? Yes No

If yes, please explain: -----

Additional comments (continue on extra paper if necessary): -----

6. Will the student be taking any prescribed medication with him or her? Yes No If yes, what medication?

a. Generic name, dosage and reason -----

b. Generic name, dosage and reason) -----

8. In my opinion the general state of the student's health is: Excellent Good Fair Poor

9. In my opinion the student may participate in high school sports and activities: Yes No

Physician's Signature: ----- Date: -----

Physician's Name Printed: ----- Phone: (-----) -----

Physician's Address: -----



Hosting Country: _____
 Student name: _____

M

STUDENT IMMUNIZATION RECORD

Student Name: _____
Last Name First Name Middle Name(s)

IMMUNIZATION RECORD

Student Note:

There are different immunization requirements in all host countries. They are based on the country's experiences, guidelines and recommendations of the Ministry of Foreign Affairs, but also on entry requirements of the country and of the hosting school. Some school authorities require immunizations for any student entering school the first time. Since the schools require these immunizations be completed prior to allowing entry at the school it is important that you complete immunization requirements prior to coming to the host country. In the event that immunizations can only be completed after arrival in the host country, you may be required to delay your school start until you are immunized. In addition, immunizations may be expensive in the host country, and YFU insurance will not cover this expense.

Please list all vaccination dates for compulsory immunization below: Diphtheria, Tetanus, Poliomyelitis, Measles, Mumps, and Rubella. Then carefully check the attached list if there are any special vaccination requirements or recommendations for your host country in addition to the compulsory ones and list all of these vaccination dates too.

Official's Note:

Please list the most recent vaccination dates if there are more than space allows.

REQUIRED	Dose 1 (Day/Month/Year)	Dose 2 (Day/Month/Year)	Dose 3 (Day/Month/Year)	Dose 4 (Day/Month/Year)
Diphtheria (or DPT or Td) 4 doses required; last dose must be within 10 years of student's program end date	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Tetanus (Tdap or Td) Last dose must be within 10 years of student's program end date	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Pertussis (or DPT or Tdap) Please specify DPT or Tdap	____/____/____ <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Tdap	____/____/____ <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Tdap	____/____/____ <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Tdap	____/____/____ <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Tdap
Poliomyelitis 3 doses required; 4 if done by combination oral and injected regimen. At least one dose after age 4 for either regimen	____/____/____ <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Injected	____/____/____ <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Injected	____/____/____ <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Injected	____/____/____ <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Injected

REQUIRED		Dose 1 (Day/Month/Year)	Dose 2 (Day/Month/Year)	Or	Date of Disease (Day/Month/Year)	And	Date of Blood Titer
Measles, Mumps & Rubella or MMR. 2 doses for each immunization required OR two doses of combined MMR	Measles	____/____/____	____/____/____	Or	____/____/____	And	____/____/____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
	Mumps	____/____/____	____/____/____		____/____/____		____/____/____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
	Rubella	____/____/____	____/____/____		____/____/____		____/____/____ <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg
	MMR	____/____/____	____/____/____				

	Dose 1 (Day/Month/Year)	Dose 2 (Day/Month/Year)	Or	Date of Disease (Day/Month/Year)
Varicella 2 doses required at least 28 days apart or documented date of disease.	____/____/____	____/____/____		____/____/____

Continued on reverse side



Hosting Country:
Student name:

IMMUNIZATION RECORD (Continued)

Student Name: _____
Last Name
First Name
Middle Name(s)

If available or if required by your host country

	Dose 1 (Day/Month/Year)	Dose 2 (Day/Month/Year)	Dose 3 (Day/Month/Year)	Dose 4 (Day/Month/Year)
HIB (Haemophilus influenza type b) Document doses received as an infant/child	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
MCV	____/____/____			
Hepatitis A 2 doses required; 6 months apart.	____/____/____	____/____/____		
Hepatitis B 3 doses required. 2 nd dose must be at least 1 month after the 1 st dose. 3 rd dose must be at least 4-6 months after the 1 st dose. There must be an eight-week interval between dose 2 and dose 3.	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Yellow fever	____/____/____			
Typhus	____/____/____			
Anti-rabies inoculation	____/____/____			
TBE (Tick-borne-encephalitis)	____/____/____			
Other:	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Other:	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Other:	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

<p>Tuberculosis: Students must submit a negative Mantoux* skin test; or negative TBC blood test result; or a negative chest x-ray. Note: students must be tested for tuberculosis and results reported to YFU within one year prior to departure. If a Mantoux skin patch test has a positive result, a chest x-ray is required.</p> <p><small>*The Mantoux test is the only accepted TB skin test.</small></p>	<p style="text-align: center;">BCG Vaccine (Day/Month/Year)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>____/____/____ Date Administered</p> <p>____/____/____ TBC Blood Test Date</p> <p><input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p>	<p style="text-align: center;">Mantoux Test (Day/Month/Year)</p> <p>____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p>	Or	<p style="text-align: center;">Chest X-Ray (Day/Month/Year)</p> <p>____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p>
--	---	--	----	---

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name Printed: _____ Phone: (____) _____

Physician's Address: _____



Hosting Country: Student name:



STATEMENT OF AGREEMENT

STATEMENT OF AGREEMENT

To be read and signed by the student and parent/guardian

Student Name: _____

Last Name First Name Middle Name(s)

AGREEMENT WITH YFU

Placement

- We understand and accept that Youth For Understanding (YFU) in making its selections and placements does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sexual orientation, religion or gender. Individuals with disabilities will be accommodated to the best of YFU's ability.
- We understand that YFU will try to accommodate our preferences regarding host family placement; however, we understand that this cannot be guaranteed.
- We understand that YFU families may be of any race, religion, structure, etc.
- We will be open to and accept the host family and high school YFU selects.
- We understand the host high school may have rules about enrolling exchange students, which limit the grade level(s) in which a student can be placed and which prohibit exchange students from obtaining a diploma or from fulfilling equivalency requirements of the school in the home country.

Participation in School Activities

- We understand that participation in school activities such as sports, choir and other clubs is not guaranteed.

Employment

- We understand that our child may not be employed during his/her exchange.

Smoking and use of alcohol

- We understand that there may be laws restricting smoking and use of alcohol in the host country or host school, or that the host family may have objections regarding smoking and use of alcohol in their home. Our child agrees to honor these laws or restrictions.

Rules and Regulations

- We have read and understood the rules and regulations for the YFU International Exchange program (YFU program) as they have been presented to us.
- We understand that not following these rules may result in a program cancellation and early return of our child.

Continued on reverse side



Hosting Country:

Student name:

Release of Information

- We authorize the release of school information and health information to YFU volunteers and staff in the hosting country as needed for our child's participation in the YFU program.
- We consent that YFU may use limited information from the documents that we have submitted to YFU, including picture(s), for advertisement purposes and conveyance of information to YFU volunteers, staff and prospective host families in the hosting country. For the same purposes, YFU may post the first name and the age of our child, the name of the home country, a short description of our child and his/her interests and activities as well as his/her picture(s) on a webpage and/or social network profile monitored by a YFU staff person or volunteer.

Medical Release

- Our child has our permission to participate in the YFU program.
- We affirm that all of the medical information released to YFU is complete and truthful to the best of our knowledge.
- As the participant's parents or guardians, we agree to authorize the YFU Program or the host family to act for us in connection with any emergency, accident or illness.
- We grant YFU and the host family authorization to have our child immunized if necessary to secure or maintain school or host family placement, and agree to pay the cost of such immunization.
- This Medical Release form may be used **as our written authorization to disclose to YFU volunteers, staff and host family our child's protected health information** as needed for our child's participation in the YFU program.
- If our child has a recurrence of any previous illness, condition or anything contracted before leaving home, we, the undersigned, authorize the YFU program to release our child to our personal care. We will not hold YFU responsible for any debts incurred by this or any other illness or condition, and we agree to pay for the return travel of our child.
- In accordance with host country standards, regulations and laws regarding medical records, we authorize the release of medical information, to or between YFU employees and volunteers including host families during our child's participation in the YFU program.

We acknowledge that the information we have provided in the admissions materials to be complete and accurate. Any material omissions or untruths may result in program cancellation or early return of the participant.

Student signature

Date

Parent's or Guardian's Signature

Date



YOUTH FOR UNDERSTANDING
Internationaler Jugendaustausch

ADDITIONAL STATEMENT OF AGREEMENT WITH YFU GERMANY

To be read and signed by the student and parent/guardian

Student Name: _____
Last Name *First Name* *Middle Name(s)*

AGREEMENT WITH YFU

School Placement

- We recognize that schools in Germany may impose academic standards or other requirements in determining grade level placement that differ from those imposed in the school my child now attends. We acknowledge and accept that participation in the YFU Program does not guarantee credit or graduation from the school my child now attends or from the school which he or she will attend while participating in the Program. We understand that it is our responsibility to arrange with the school my child now attends for such credit or graduation upon completion of the Program.

Bank Account

- We authorize the host family our child is living with to open a German bank account for her/him, if deemed necessary.

Internet Downloading

- We understand that it is prohibited by German law to download and upload copyrighted media files (music, video, software) from and to non-official online sources. Offense against this law is persecuted and can result in high fines of up to several thousand Euros.
- Therefore, students must refrain from downloading copyrighted media files from other sources than official online stores that require a payment. Also, students must refrain from providing their media files online for other users to download. In case our child is requested to pay a fine after breaking this law, we are obliged to pay it, and neither YFU nor the host family will take responsibility.

Student signature

Date

Parent's or Guardian's Signature

Date

TRAVEL PERMISSION FOR STUDENT

**PARENT'S DECLARATION OF PERMISSION FOR AND RESTRICTIONS ON
PRIVATE TRAVEL DURING THE EXCHANGE PROGRAM**

Student: _____ Parent/s: _____

I / We understand that each trip that a student intends to take must be permitted by both the natural parent/s and the host parent/s.

I / We prefer not to grant a general permission and will instead grant or deny permission for each individual trip separately.

I / We hereby grant **general permission** for my/our child to take trips while he/she is in the host country in the following cases:

domestic travel (host country)			other foreign countries		
if accompanied by a host parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	if accompanied by a host parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	yes	no		yes	no
if accompanied by an authorised teacher on a school trip;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	if accompanied by an authorised teacher on a school trip;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	yes	no		yes	no
unaccompanied to visit friends or relatives upon their invitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unaccompanied to visit friends or relatives upon their invitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	yes	no		yes	no

Restrictions: _____

PERMISSION FOR DANGEROUS ACTIVITIES / SPORTS

I / We understand that YFU considers participation in the following activities to be dangerous but admissible if allowed by host parents and natural parents (a number of particularly dangerous activities are simply not allowed, such as riding snowmobiles or bungee jumping). I / We hereby declare permission for my / our child to participate in the designated activities and pronounce YFU as well as the host parents free of liability in case of any accidents connected with participation in such activities. I / We further understand that participation in these activities is not necessarily covered by my / our child's insurance (please refer to YFU Insurance information for further information regarding insurance coverage).

sailing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	horseback riding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mountain climbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	skateboarding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snowboarding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	yes	no		yes	no		yes	no		yes	no		yes	no
Motor boating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hot air balloons*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	white water rafting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snow skiing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	surfing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	yes	no		yes	no		yes	no		yes	no		yes	no
boxing **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	martial arts **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rollerblading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	water skiing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	parkour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	yes	no		yes	no		yes	no		yes	no		yes	no
canoeing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	scuba diving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snorkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	windsurfing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	yes	no		yes	no		yes	no		yes	no		yes	no

* passenger only ** instructed

other _____ yes no

Date: _____ Signature(s) of parent(s): _____



YOUTH FOR UNDERSTANDING
Internationaler Jugendaustausch

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN **PARENTAL PERMISSION**

Hiermit geben wir unser Einverständnis, dass unser Sohn / unsere Tochter
We hereby give permission to our child (name)

vom (from month/year) ----- bis (to month/year) ----- am Jugendaustauschprogramm der
Organisation Youth For Understanding (YFU) nach Deutschland teilnimmt.
to participate in the youth exchange program to Germany with the organization Youth For Understanding from (date) to (date).

Er / Sie darf ohne unsere Begleitung nach Deutschland reisen. Wir sind einverstanden, dass er / sie während des
Austauschaufenthalts in Deutschland bei einer von YFU ausgewählten Gastfamilie wohnt und eine weiterführende
Schule besucht.

*He / She has our permission to travel to Germany unaccompanied. We agree for our child to live with a host family and attend a German
secondary school, both selected by YFU.*

Für die Zeit seines / ihres Aufenthalts in Deutschland übertragen wir das Aufenthaltsbestimmungsrecht auf die
Gasteltern und YFU.

We authorize the host family and YFU to determine the place of residence for our child during his / her program participation in Germany.

Datum, Unterschrift der Mutter / Erziehungsberechtigten
date, signature of mother / guardian

Datum, Unterschrift des Vaters / Erziehungsberechtigten
date, signature of father / guardian