



A R P E L

Association romande pour les échanges linguistiques

« Pour un futur multilingue »

CASE POSTALE 22, 1854 LEYSIN, VD, SUISSE
(0041) 24 494 3055 - (0)79 215 8250 - (0)78 796 1532
info.arpel@bluewin.ch - www.echangeslinguistiques.ch

2019 – INSCRIPTION 3

SEJOUR LINGUISTIQUE D'ETE AUX USA

IDENTITE DU CANDIDAT : Remplir ou choisir (cochez ou entourez)

1. **NOM DE FAMILLE** : **PRENOM** :
 2. **DATE DE NAISSANCE** : (jj/mm/aaaa)..... **GENRE** : F M 5. **TAILLE** :..... cm **POIDS** : kg
 3. **ADRESSE DU DOMICILE** :
 4. **CODE POSTAL** : **LOCALITE** : **CANTON** :
 5. **EMAIL DE L'ELEVE** :
 6. **TEL. MOBILE ELEVE** :/..... **TEL. DOMICILE** :/.....
 7. **PASSEPORT POUR L'ECHANGE : Nationalité** :
- Date d'expiration** (jj/mm/aaaa) : (A remplir même si vous avez besoin de le renouveler avant l'échange. Indiquez votre **carte d'identité** si vous n'avez pas encore de passeport).

MA FAMILLE :

8. **PÈRE, BEAU-PÈRE, RESPONSABLE LEGAL** (Soulignez ce qui convient) :
Nom/prénom :/.....
Profession actuelle :
Tél mobile :/..... Email :
Adresse si différente du domicile de l'élève :
9. **MERE, BELLE-MERE, RESPONSABLE LEGALE** (Soulignez ce qui convient) :
Nom/prénom :/.....
Profession actuelle :
Tél mobile :/..... Email :
Adresse si différente du domicile de l'élève :

SANTE DE L'ELEVE :

Quoi ?

X

10. **ALLERGIES AUX ANIMAUX** : NON OUI : certificat médical
 11. **ALLERGIES A L'ENVIRONNEMENT** : NON OUI : certificat médical
 12. **ALLERGIES ALIMENTAIRES** : NON OUI : certificat médical
 13. **HABITUDES ALIMENTAIRES PARTICULIERES** :
 14. **BESOIN DE TRAITEMENTS MEDICAUX REGULIERS** : NON OUI : certificat médical
- Si oui, expliquez le traitement :

ASSURANCES OBLIGATOIRES (avec couverture dans le pays du séjour) :

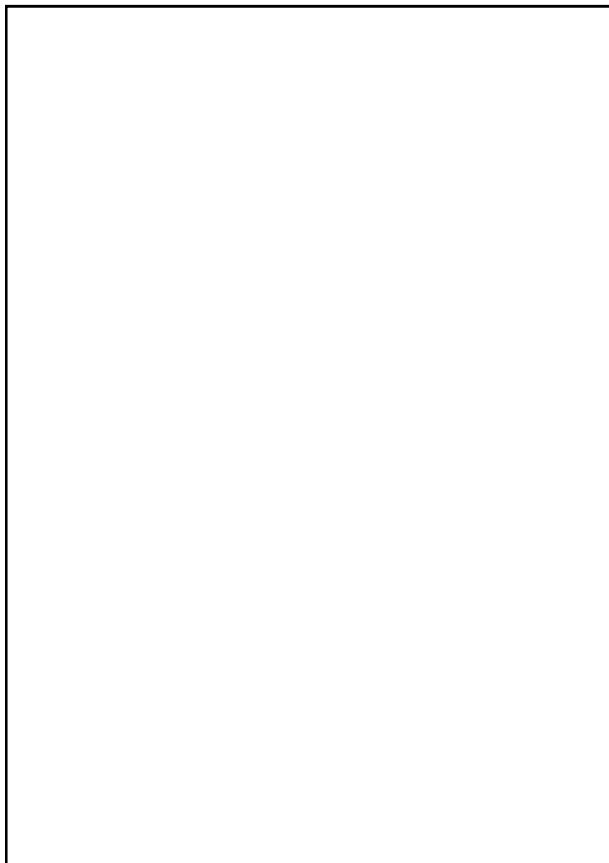
17. **MALADIE/ACCIDENT** : assurance : POLICE No :
 18. **RESPONSABILITE CIVILE** : assurance : POLICE No :
- L'assurance **RAPATRIEMENT** pour le temps AUX Etats unis sera demandée après la confirmation du séjour.
19. **EN CAS D'URGENCE**: personne prioritaire à joindre : nom/ relation à l'élève / tél. mobile
...../...../.....

20. PREFERENCES : Quelles sont vos TROIS activités/passe-temps préférés ?

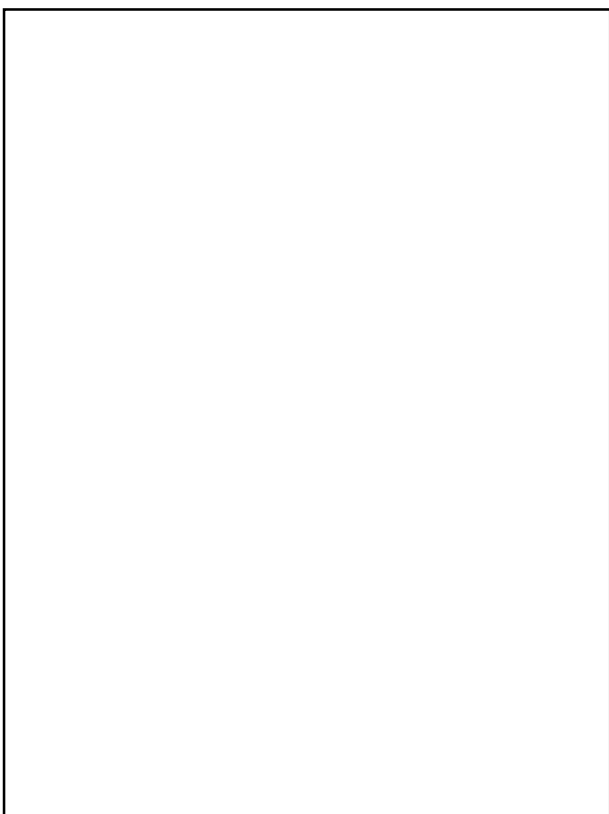
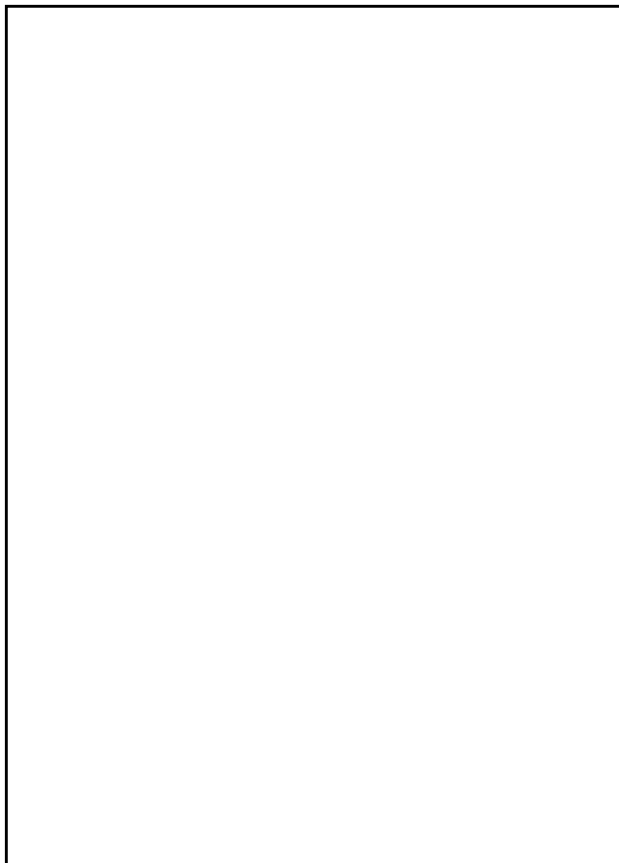
...../...../.....

PHOTOS : Veuillez inclure 4 photos récentes (moins de six mois).

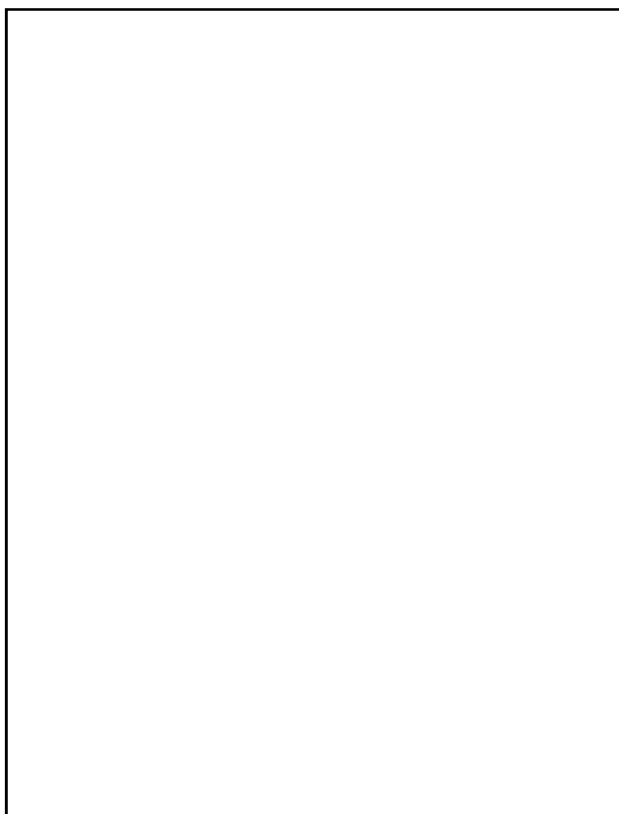
1. Votre famille au complet (si possible)



2. Portrait de vous



3. Vous faisant une activité



4. Vous et des amis

..... J'atteste que ces informations sont correctes et correspondent à la réalité de ma personne et de ma famille.

..... Je confirme également avoir pris connaissance des conditions générales de participation aux programmes d'ARPEL.

ARPEL vous remercie pour votre inscription et sera en contact avec vous dès la MI-MARS 2019 pour vous informer de la suite de la démarche. A bientôt, ARPEL