



ANNEXE I

DÉCLARATION RESPONSABLE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Je soussigné(e) _____, titulaire d'un passeport/carte d'identité _____, et de nationalité _____, déclare sous ma propre responsabilité ne souffrir d'aucune affection, qu'elle soit physique ou mentale, m'empêchant d'exercer mon rôle d'assistant(e) de langue en classe.

Le ministère et les Communautés autonomes peuvent demander un certificat ou un rapport médical si nécessaire.

Les assurances maladie, rapatriement et responsabilité civile souscrites par le ministère et les Communautés autonomes ne couvrent pas les frais liés aux **maladies chroniques préexistantes** au séjour de l'assistant(e). Il incombe donc à l'assistant(e), le cas échéant, de souscrire une assurance complémentaire adaptée. De même, les assurances ne couvrent pas les frais de médicaments.

Les compagnies d'assurance transmettront aux assurés les informations relatives à la couverture contractée, afin que l'assistant(e) soit informé(e) à tout moment des limites de celle-ci.

Je déclare avoir pris connaissance de ces conditions.

Signé : _____

DÉCLARATION STATUTAIRE SUR LES CONDITIONS DU PROGRAMME DES ASSISTANTS DE LANGUE

1. Le programme d'échange d'assistants de langue est un programme de mobilité d'une durée de sept ou huit mois. Le renouvellement du programme est soumis à certaines conditions et ne doit pas dépasser le nombre maximal d'années fixé pour chaque pays et communauté autonome.

2. Les assistant(e)s de langue n'ont pas de contrat de travail. Ils reçoivent une allocation mensuelle comprise entre 800 et 1 000 euros, qui n'inclut pas les cotisations, la sécurité sociale ou d'autres avantages.

3. L'assistant(e) de langue non ressortissant(e) de l'Union européenne doit disposer d'un visa de séjour de longue durée pour activité de formation.

Je déclare avoir lu et accepté ces conditions.

Signé : _____