



## 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 adaptations prévues par la loi seront mises en place par le ministère, les Communautés autonomes et les écoles.

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 huit ou neuf 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 et ne perçoivent pas de salaire. 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 étudiant sans permis de travail.

Je déclare avoir lu et accepté ces conditions.

Signé : .....