



UNION FRANÇAISE DES
ASSOCIATIONS AU PAIR



INTERNATIONAL
AU PAIR ASSOCIATION

CONSTITUTION DU DOSSIER

Nous adresser :

1. L'Application Form, complétée à l'encre noire, et en anglais. Merci d'écrire le plus lisiblement possible.
2. 2 photos d'identité souriantes (écrire votre nom au dos) + un minimum de 4 photos de vous avec des enfants, en famille, entre amis, à coller sur une feuille de papier (Canson couleur par exemple) et à assortir d'une petite légende en anglais. N'hésitez pas à faire preuve de créativité dans la mise en page.
3. Une lettre de présentation, très détaillée, en anglais. Précisez vos motivations, vos expériences de garde d'enfants, votre personnalité, vos loisirs, pourquoi vous avez choisi ce pays...
4. La Childcare Experience Form rempli, récapitulant vos expériences de gardes d'enfants.
5. Au minimum 2 références de garde d'enfants détaillées (utiliser le formulaire « Childcare Reference » contenu dans la brochure) rempli par les signataires. Joignez une traduction (simple), si le signataire a rempli la fiche en français.
6. Le Medical Form rempli par vous et votre médecin.
7. Un extrait de casier judiciaire. En faire la demande par Internet, www.cjn.justice.gouv.fr/b3/
8. Au minimum 2 références de moralité d'un professeur, d'un employeur ou de quelqu'un qui vous connaît bien (utiliser le formulaire « Character Reference »). Vous joindrez une traduction simple, si le signataire a rempli la fiche en français.
9. L'accord I.A.P.A signé (après l'avoir lu attentivement).
10. Le document AIFS Au Pair in Australia Agreement concernant l'assurance, rempli et signé.
11. Photocopie de votre dernier diplôme obtenu, passeport et permis de conduire.
12. Vidéo de présentation d'une à deux minutes (en anglais) à nous envoyer par email : europairservices@wanadoo.fr ou le lien pour la visionner.
13. Les frais d'adhésion et de cotisation à l'association : 85 euros d'adhésion, 350 euros de cotisation

A NOTER : Nous vous demandons de nous faire parvenir deux chèques, l'un de 85 Euros qui correspond aux frais d'adhésion, non remboursable, et encaissé lors du dépôt de votre dossier, l'autre de 350 Euros qui sera encaissé lors de votre placement dans la famille d'accueil. En cas d'annulation de votre part, les frais d'adhésion et de cotisation (435 euros) resteront acquis à l'agence et ne seront pas remboursés. Merci d'avance.

N'OUBLIEZ PAS QUE DE LA QUALITE DE VOTRE DOSSIER VA DEPENDRE L'EFFICACITE DE VOTRE PLACEMENT !

Si vous en possédez, n'hésitez pas à ajouter des photocopies de BAFA, etc.... Merci de ne pas nous adresser de dossiers incomplets ou ne répondant pas aux conditions énumérées ci-dessus. Ne procédez à aucune réservation de transport et ne partez pas avant d'avoir reçu l'accord explicite de la famille d'accueil, votre offre de placement et les coordonnées de votre bureau correspondant.



UNION FRANÇAISE DES
ASSOCIATIONS AU PAIR



17, rue de Buci 75006 PARIS
TEL : 01 43 29 80 01
FAX : 01 43 29 80 37
E mail : europairservices@wanadoo.fr
Web site : www.europairservices.com



INTERNATIONAL
AU PAIR
ASSOCIATION

Photo

FICHE D'INSCRIPTION AUSTRALIE APPLICATION FORM

DISPONIBILITE – AVAILABILITY

A quelle date pourriez-vous arriver au plus tôt ? *Earliest date you could arrive ?*

A quelle date pourriez-vous arriver au plus tard ? *Latest date you could arrive ?*

DETAILS PERSONNELS – PERSONNAL DETAILS

| | | | |
|---|---|-----------------------------|-----|
| Nom de famille <i>Surname</i> | Prénom <i>First Name</i> | | |
| Date et lieu de naissance <i>date and place of birth</i> | | | Age |
| Nationalité <i>Nationality</i> | Votre profession <i>your occupation</i> | | |
| N° de Tel. <i>phone #</i> | N° de mobile <i>mobile #</i> | | |
| N° de Tel. de vos parents : <i>parents phone :</i> | | | |
| E mail | Passeport n° | | |
| Adresse <i>address (indiquez celle où l'on pourra à nouveau vous écrire à votre retour)</i> | | | |
| Ville <i>City</i> | | Code Postal <i>Zip code</i> | |
| Profession du père <i>profession of the father</i> | | | |
| Profession de la mère <i>profession of the mother</i> | | | |
| Age des frères et sœurs <i>age of brothers and sisters</i> | | | |

EDUCATION

| | Connaissances linguistiques : <i>language knowledge</i> | | | | | Combien d'années avez-vous étudié cette langue ? <i>how many years have you studied this language ?</i> |
|-------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|
| | Excellente <i>Excellent</i> | Bonne <i>upper-intermediate</i> | Moyenne <i>intermediate</i> | Passable <i>pre-intermediate</i> | Faible <i>poor</i> | |
| Anglais <i>English</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Espagnol <i>Spanish</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Allemand <i>German</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres <i>Others</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Diplômes obtenus et dates ? *degrees and dates*

EXPERIENCE

Vous êtes-vous déjà occupé de bébés ? *Have you ever be in charge of a baby ?* YES NO
Accepteriez-vous de vous occuper d'un bébé ? *Would you accept to take care of baby ?* YES NO

| | Expérience | Préférence |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9 mois – 2 ans : <i>9 months – 2 years</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ans – 6 ans : <i>2 years – 6 years</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 ans – 10 ans : <i>6 years – 10 years</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| + de 10 ans : <i>more than 10 years</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| enfants handicapés : <i>children with disabilities :</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous déjà été au pair ? *Have you ever been au pair ?* YES NO
Où et quand ? *Where and when ?*

Avez-vous des diplômes de garde d'enfants, lesquels ? *Do you have any chidcare diploma ?*

Avez-vous un brevet de premiers secours ? *Do you have a first aid diploma ?* YES NO

Quelles activités ménagères vous sont familières ? *What experience do you have with domestic work ?*

| | | |
|---|--|---|
| Cuisine <i>cooking</i> <input type="checkbox"/> | Rangements <i>cleaning up</i> <input type="checkbox"/> | Laver le linge <i>laundry</i> <input type="checkbox"/> |
| Repassage <i>ironing</i> <input type="checkbox"/> | Aspirateur <i>vacuuming</i> <input type="checkbox"/> | Laver la vaisselle <i>dishes</i> <input type="checkbox"/> |

DIVERS – MISCELLANEOUS.

Accepteriez-vous de vivre avec une famille monoparentale ? *Would you accept to live with a single parent ?* YES NO

Avez-vous le permis de conduire ? *Do you have your driving licence ?* YES NO Date d'obtention *Since when ?*

Fumez-vous ? *Do you smoke ?* YES NO Combien de cigarettes par jour ? *How many cigarettes a day ?*

Souffrez-vous d'allergie(s), laquelle ? *Do you suffer from any allergy, which one ?*

Souffrez-vous d'une maladie chronique, laquelle ? *Do you suffer from any chronic illness, which one ?*

Comment nous avez-vous connus ? *How did you get to know us ?*

Les frais d'adhésion et de cotisation sont à régler à l'inscription avec le dossier complet. En cas de non-placement, et dans ce cas seulement, les frais de cotisation seront intégralement remboursés.

Les frais d'assurance sont à régler à confirmation de placement.

Frais d'adhésion : 85 euros

Frais de cotisation : 350 euros

Frais d'assurance : A\$560 pour 7 mois

Formation au secourisme : A\$50

Working With Children Check : A\$80 à régler durant l'orientation

IMPORTANT :

Europair Services ne peut en aucun cas être tenu pour responsable des accidents, pertes, dommages, plaintes ou dépenses particulières en relation avec le séjour de l'au pair en famille.

En cas de non placement de la candidate par l'agence AIFS, Europair Services décline toute responsabilité de ce non placement.

Je m'engage à respecter ces conditions, et certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Lu et approuvé

Date :

Signature



UNION FRANÇAISE DES
ASSOCIATIONS AU PAIR



INTERNATIONAL
AU PAIR ASSOCIATION

ACCORD AU PAIR International Au Pair Association

Je soussignée certifie avoir pris connaissance de tous les documents fournis par l'association EUROPAIR SERVICES et remplir tous les critères exigés.

J'ai bien compris que le programme au pair est un échange culturel et non un contrat de travail, qu'être au pair demande un niveau élevé de responsabilité et de flexibilité et enfin que je devrai m'acquitter des tâches demandées par la famille d'accueil du mieux possible.

Je certifie que j'ai répondu à toutes les questions en toute honnêteté et que toutes les informations fournies dans mon dossier sont vraies.

Après confirmation de mon placement je m'engage à rester en contact avec ma famille d'accueil et à la tenir informée des modalités de mon voyage.

Je m'engage à m'occuper, le cas échéant, de toutes les démarches nécessaires à l'obtention d'un passeport et d'un visa.

Sauf si spécifié autrement dans le texte du programme je m'engage à régler tous les frais relatifs à un cours de langue, à mes trajets aller et retour, à mes frais de téléphone et à me munir de suffisamment d'argent de poche pour régler les frais imprévus.

Je connais toutes les conditions du programme au pair et m'engage à les respecter, particulièrement en ce qui concerne le nombre d'heures de travail et leur répartition, les tâches à effectuer, l'argent de poche, le temps libre, les vacances, les cours de langue, les frais de transport et les assurances.

Une fois dans le pays d'accueil je me mettrai d'accord avec ma famille sur les tâches que j'aurai à effectuer, mes droits et ceux de ma famille.

Je m'engage à assumer mes responsabilités vis-à-vis des enfants de ma famille d'accueil, à assurer les tâches ménagères courantes qui me seront demandées et à tenir ma chambre propre et en ordre.

Je m'engage à me conduire correctement au sein de ma famille d'accueil et à respecter leurs règles de vie notamment en ce qui concerne l'usage du téléphone et autres facilités de la maison, les visites d'amis et les sorties nocturnes, l'interdiction éventuelle de fumer.

Je m'engage à faire les efforts nécessaires pour m'intégrer à la vie familiale, à discuter ouvertement des problèmes éventuels afin de trouver ensemble une solution équitable, à prendre l'avis des parents au sujet de la discipline à imposer aux enfants. Je comprends que je ne dois jamais laisser les enfants seuls lorsqu'ils sont sous ma responsabilité et que je ne dois ni les punir, ni les battre.

Je m'engage à régler avec ma famille d'accueil toutes les modalités de mes vacances bien avant de les prendre.

Je m'engage à faire les efforts nécessaires pour connaître la culture du pays d'accueil et pour en apprendre la langue, à respecter les différences et à me montrer tolérante.

J'ai parfaitement compris que le succès de mon séjour au pair dépendra pour une grande partie de mon attitude et de ma participation. Toutefois en cas de problème insoluble avec ma famille d'accueil je m'engage à prendre contact sans tarder avec le bureau correspondant de l'association EUROPAIR SERVICES dans le pays d'accueil, pour assistance.

Si aucune solution n'est trouvée et que je décide de quitter ma famille d'accueil je m'engage à lui donner un préavis de 2 semaines. Pendant cette période je m'engage à continuer d'exécuter mes tâches correctement. En contrepartie je continuerai à recevoir mon argent de poche, à être nourrie et logée.

Tout manquement de ma part peut provoquer mon renvoi, notamment en cas de :

- non-respect des règles du programme au pair
- non-respect des règles de vie de la famille
- communication d'informations erronées dans mon dossier d'inscription
- début du séjour sans confirmation officielle de placement par l'organisme dans mon pays d'origine ou sans visa en règle (le cas échéant)
- responsabilité reconnue de problèmes avec la famille d'accueil
- non-respect des lois du pays d'accueil.

Je m'engage à n'accepter aucun emploi rémunéré en dehors de ma fonction de stagiaire au pair. Le cas échéant j'accepte de quitter le pays d'accueil avant expiration de mon visa.

Je m'engage à informer l'association EUROPAIR SERVICES de tout changement relatif aux informations fournies dans mon dossier.

DATE :

SIGNATURE :

17, rue de Buci 75006 Paris – Métro Odéon. Tél. 01 43 29 80 01 – Fax. 01 43 29 80 37
E mail : europairservices@wanadoo.fr Site web : <http://www.europairservices.com/>

Family Background

What is your religion? _____ Do you regularly attend religious services? Yes No

What is your native language? _____

Do you speak any other languages? Yes No If yes, please list _____

How many brothers and sisters do you have? _____

Have you ever lived away from home? Yes No If yes, how long? _____

Driving Experience

Do you hold a FULL driving license (Including practical & theory tests)? Yes No

Date passed: _____

Have you ever had a car accident? Yes No If yes, please give details _____

How often do you drive? Every day 3-5 times/week 1-2 times/week less than once a week

In your home country, what kind of roads do you usually drive on?

City Suburban Highway Country

Hobbies and Interests

Please check x your hobbies and interests:

Swimming Riding Cycling Skiing Tennis Soccer Running

Gymnastics Community service Cooking Photography Writing

Computers Reading Craft Internet Choir Dance

Other hobbies: _____

Musical instruments: Piano Violin Flute Guitar

Other instrument: _____

Do you know how to swim? Yes No If yes, how well? Beginner Intermediate Advanced

Would you feel comfortable supervising children while they are swimming Yes No

What are your favourite things to do in your spare time?



Education

Please tick the levels of education that you have achieved and complete the table below giving full details of all your educational achievements after elementary school.

| Level of education e.g. High school, college technical college, university | Dates(month, year) | | Qualification gained e.g. High school certificate A Levels, Diploma | Subjects studied | degree |
|--|--------------------|----|---|------------------|--------|
| | From | To | | | |
| | | | | | |

Experience and Goals

Give a brief summary of all the jobs – except childcare experience - that you have held with the dates and an explanation of your duties:

| Job title | Dates | Duties |
|-----------|-------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

When you return to your home country at the end of the program, what do you intend to do? (e.g. study, work) _____

What do you expect to gain from the program for your future? _____

What are your long term career goals? _____

Have you visited other countries before? Yes No If yes, which countries? _____

Have you ever travelled outside your home country for 2 months or more? List locations, dates and reasons _____



General Health and Criminal Information

Information about smoking

Do you smoke cigarettes? Yes No If yes, do you smoke Regularly Socially

How many cigarettes do you smoke per day? _____

NO SMOKING DECLARATION: Read this if you answered YES to the question above. If you do smoke, but agree not to in the home of your host family or when responsible for the children, then tick YES below.

You will be expected to abide by your decision so consider it carefully. Yes No

Information on criminal record

Have you ever been convicted of or charged with a criminal offence? Yes No

If yes, give details: _____

Health Information

Have you ever been a victim of sexual, emotional or physical abuse Yes No If yes, give details _____

Do you have any chronic or reoccurring health problems e.g. asthma, diabetes, epilepsy, cold sores

Yes No If yes, give details _____

Do you have any allergies? Yes No If yes, please specify: _____

Do you follow a special diet? Yes No If yes please indicate: Vegetarian Kosher Other

Comments: _____

Have you ever been hospitalised or under the care of a doctor within the last 12 months Yes No

If yes, give details _____

Have you ever suffered from or received counselling or treatment for a nervous or emotional problem, e.g. any kind of depression or eating disorder? Yes No If yes, give details _____



2012 Childcare Experience Form

Name: _____

Documented Childcare Experience

- What kind of childcare experience have you gained within the last 3 years? Nanny Babysitting Daycare centre for children Tutoring children
- Caring for a younger family member (also if it was not within the last 3 years) Au pair Summer activity camps Youth or church group/club
- Practical training in childcare and related subjects Other _____

Please detail the areas that describe all the ways in which you have gained childcare experience. Include experience with members of your own family (paid or voluntary) regardless of the ages of the children, or if it is over 3 years ago.

| Areas of experience <i>(see above e.g. baby sitting, tutoring)</i> | Date <i>(Month/year)</i> From - To | Name & ages of children, when you started caring for them Name - age started | Outline experience <i>(E.g. playing, preparing foods, bathing, other activities)</i> | How often did you care for these children? <i>(E.g. "2 hours three times a week", "8 hours 1 day a week")</i> | Total number <i>Of hours in the area of experience</i> | Please indicate <i>(✓) if reference is provided, giving the name of the reference</i> |
|---|--|---|--|---|---|--|
| EXAMPLE: Babysitting | March 06 - Dec 06 | Ava - 2 years Paulo - 5 years | Playing games, Reading Preparing snacks | 3 hours 1 day a week | 216 hours | ✓ Stelanie Schmidt |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Please provide details of any experience you have caring for children with mental, physical or learning disabilities _____

Statement: I confirm that the above information is a true and correct record of my experience and that I have at least 100 hours of practical childcare experience gained outside my own family within the last 3 years.





Childcare Experience Form continued If you need to describe additional child care experience, please use e below:

| Areas of experience <i>(see above e.g. baby sitting, tutoring)</i> | Date <i>(Month/year)</i> From - To | Name & ages of children, when you started caring for them Name - age started | Outline experience <i>(E.g. playing, preparing foods, bathing, other activities)</i> | How often did you care for these children? <i>(E.g. "2 hours three times a week", " 8 hours 1 day a week")</i> | Total number <i>Of hours in the area of experience</i> | Please indicate <i>(✓) if reference is provided, giving the name of the reference</i> |
|---|--|---|--|--|---|--|
| EXAMPLE: Babysitting | March 06 - Dec 06 | Ava – 2 years Paulo – 5 years | Playing games, Reading Preparing snacks | 3 hours 1 day a week | 216 hours | ✓ Stelanie Schmidt |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



2014 AU PAIR IN AUSTRALIA CHILDCARE REFERENCE



Name of applicant: _____

To be completed by childcare referee – please use black ink.

Name of Referee (please print): _____ Profession: _____

Address: _____

Telephone (day): _____ Evening: _____ Mobile: _____

Best time to call: _____

Please note that an Au Pair Australia interviewer will contact you regarding this reference.

Are there any dates in the near future when you will not be contactable? (e.g. vacation) _____

Are you related to the applicant? Yes No (a relative may not complete this form)

How long have you known the applicant? _____

How do you know the applicant? _____

How many children was the applicant responsible for? _____

Please list all ages of the children at the time the applicant cared for them:

Age when started: _____ Age of children now: _____

How long has the applicant cared for these children? From _____ To _____

How often does/did the applicant care for these children? (e.g. daily, once a week, several times a week) _____

Please give a full account of the applicant's duties: _____

Describe any special skills and abilities the applicant showed: _____

To the best of your knowledge, has the applicant ever been involved in a criminal offence? Yes No

If yes, give details: _____

Has the applicant any health or family problems? Yes No If yes, give details: _____

Please give your opinion of the applicant's ability to handle new situations and possible stress, culture shock etc: _____

Please rate the applicant's qualities in the following area: 1 = poor, 2 = below average, 3 = satisfactory, 4 = good, 5 = excellent

Love of children Understanding the children's needs Responsibility/maturity Patience

Independence Reliability Ability to take initiative Warmth/compassions

Ability to work with adults Ability to carry out instructions

Would you recommend the applicant for Au Pair in Australia? Yes No Please give details: _____

Please provide any additional information about the applicant which would be helpful to a prospective family: _____

Signature _____ Date _____

PLEASE RETURN TO THE APPLICANT UPON COMPLETION



Character Reference 1

Name of applicant: _____

To be completed by character referee.

Name of Referee (please print) _____ Profession _____

Address _____

Telephone (day) _____ Evening _____ Mobile _____

Best time to call _____

Please note that an Au Pair Australia interviewer will contact you regarding this reference.

Are there any dates in the near future when you will not be contactable? (e.g. .vacation) _____

Are you related to the applicant? Yes No (a relative may not complete this form)

How long have you known the applicant? _____

How do you know the applicant? _____

How would you describe the applicant's personality and character? _____

To the best of your knowledge, has the applicant ever been involved in a criminal offence? Yes No

If yes, give details: _____

Has the applicant any health or family problems? Yes No If yes, give details: _____

Please give your opinion of the applicant's ability to handle new situations and possible stress, culture shock etc: _____

Please rate the applicant's qualities in the following area: 1 = poor, 2 = below average, 3 = satisfactory, 4 = good, 5 = excellent

Responsibility/maturity Independence Patience Honesty

Ability to work with adults Ability to carry out instructions Warmth/ compassion

Flexibility Communication skills Punctuality Reliability

Would you recommend the applicant for placement as au pair in Australia? Please give reasons in as much detail as possible. _____

Please provide any additional information about the applicant which would be helpful to a prospective family. _____

Signature _____ Date _____

PLEASE RETURN TO THE APPLICANT ONCE COMPLETED





Medical Form Part A

(to be completed by applicant and reviewed by doctor)

Complete all questions and take a copy of your completed forms (Part A and B) with you on your trip abroad. The doctor completing this form may not be a relative.

Applicant's name: _____

Tick the appropriate boxes if you presently suffer from or ever had:

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Anaemia <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Ulcers <input type="checkbox"/> Venereal disease <input type="checkbox"/> Herpes (cold sores) <input type="checkbox"/> kidney disease <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Chicken Pox <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> German measles <input type="checkbox"/> Whooping Cough <input type="checkbox"/> Diphtheria <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Scarlet fever <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Heart disease <input type="checkbox"/> menstrual problems <input type="checkbox"/> Rheumatic fever <input type="checkbox"/> Epilepsy/Convulsions <input type="checkbox"/> Pregnancy/Miscarriage or Termination <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Varicose veins | <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Ear infection <input type="checkbox"/> Gall bladder problems <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> sleep walking <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> glandular fever <input type="checkbox"/> Migraines/headaches <input type="checkbox"/> Dizziness / Fainting <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> other: _____ _____ |
|---|---|--|--|---|

If you have ticked any of the above, give details including dates:

For the program you need to be immune to Measles, Mumps, German Measles (Rubella), Chicken Pox and Whooping Cough by immunization or after having had this disease. You also need to have been vaccinated against Tetanus and Diphtheria within the last 10 years. Please indicate which disease you still need to get vaccinated for:

Other than to complete this medical form or for routine exams, have you visited the doctor or been hospitalized within the last 12 months, if yes, why?

Have you ever received counselling and /or medication for a nervous problem, eating disorder, depression or emotional problem?

Yes No If yes, give details and dates: _____

Have you ever been a victim of sexual, emotional or physical abuse? Yes No If yes, give details and dates: _____

Do you have any food allergies? Yes No If yes, please specify:
 Do you have any allergies to animals? Yes No If yes, please specify:
 Do you have any allergies to medications? Yes No If yes, please specify:
 Do you have any other allergies Yes No If yes, please specify:

Do you have any habits which may affect your health (e.g. alcohol, cigarettes, drugs)? Yes No
 Is your physical ability restricted in any way? Yes No
 Do you carry any infectious diseases such as Hepatitis or the HIV virus in your blood? Yes No
 Are you currently taking any medication? Yes No If yes, please specify: _____
 Do you have any chronic or recurring illnesses? Yes No If yes, please specify: _____

I understand and agree that host families may have access to this medical form and I give permission to the doctor completing Part B to review all my responses in Part A and to provide or discuss additional information, if requested to do so by AIFS. Should an emergency arise, I authorize any medical provider to release information regarding my condition to AIFS, their partners or their insurance provider / emergency assistance services and understand that they can contact my next kin, without prior consent. The above information is correct to the best of my knowledge and I hereby give permission for emergency medical care to take place should it be necessary. I also understand that withholding or falsifying any information may result in me being withdrawn from the program.

Signature _____ Date _____



Medical Form Part B

(to be completed by doctor)

Applicant's name: _____

How long have you known the applicant? _____

Are you related to the applicant? Yes No (relatives may not complete this form)

Please review the information provided in Part A and give your opinion of the applicant's general state of health:

Excellent Good Fair Poor

| | | |
|---|--|---|
| <p>Immunizations Please ensure that the applicant is currently immune to the following (by vaccination or after the illness):</p> | | |
| Measles: | Date of vaccination: _____ / | Date of illness: _____ |
| Mumps: | Date of vaccination: _____ / | Date of illness: _____ |
| German Measles (Rubella) | Date of vaccination: _____ / | Date of illness: _____ |
| Chicken Pox: | Date of vaccination: _____ / | Date of illness: _____ |
| Diphtheria | Date of vaccination: _____ | |
| Tetanus | Date of vaccination: _____ | |
| Whooping Cough | Date of vaccination: _____ / | Date of illness: _____ |
| <p>Immunity to Whooping Cough after the illness needs to be proven by blood test. Date of positive blood test: _____</p> | | |
| <p>Please also indicate whether the applicant has been immunized against the following:</p> | | |
| Polio | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date: _____ |
| Tuberculosis(TB) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date: _____ |
| Typhoid | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date: _____ |
| <p>General Health Tick the appropriate box if there are any abnormalities to the following systems:</p> | | |
| <input type="checkbox"/> Ear, nose and throat | <input type="checkbox"/> Eyes | <input type="checkbox"/> Neuropsychiatric |
| <input type="checkbox"/> Genitourinary | <input type="checkbox"/> Skin | <input type="checkbox"/> Cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> Brain, nervous system | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Respiratory system/lungs |
| | | <input type="checkbox"/> Metabolic |
| | | <input type="checkbox"/> Musculoskeletal |
| | | <input type="checkbox"/> Other |
| <p>If you have ticked any of the above, please give details and dates: _____</p> | | |
| <p>Emotional Health Is the applicant currently or has ever been treated /counseled or received medication for a nervous condition, eating disorder, depression or emotional problem? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, give details and dates and comment on the applicant's present emotional well being: _____</p> | | |
| <p>Does the applicant have any history of physical, emotional or sexually related problems (i.e. abuse)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please comment: _____</p> | | |
| <p>Contagious Diseases Is the applicant, to the best of your knowledge, a likely carrier of any infectious disease such as Hepatitis B or C, or the HIV virus? (The applicant does not need to be tested) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Has the applicant been hospitalized for more than three days? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If you have ticked yes above, please give details and dates, if applicable: _____</p> | | |

Please use this space to give any additional relevant information: _____

| |
|---|
| Name of Doctor: _____ |
| Address: _____ Telephone No.: _____ |
| Signature and practice stamp: _____ Date: _____ |





AIFS Au Pair in Australia Agreement

In order to participate as an Au pair on the AIFS Au Pair in Australia program you will be required to purchase 7 months insurance from AIFS' insurer, CareMed at a cost of AU\$560.00. This requirement ensures all Au pairs have the necessary level of insurance cover during their au pair placement and allows AIFS staff to provide advice about the policy when requested by the Au Pair.

Au Pairs seeking to extend their stay in Australia may extend their cover by purchasing additional insurance at AU\$ 80.00per month.

Details about the policy and the level of cover will be provided in your pre-departure information.

I _____ agree to purchase AIFS Au Pair in Australia's insurance upon confirmation of my Au Pair placement. I understand that if I do not purchase this insurance I will be unable to participate on the AIFS Au Pair in Australia program.

Signature:

Date:

Witness' name:

Witness' signature:

Date:

This document must be faxed to +61 2 8235 7002 or scanned and emailed to aupair@aifsaustralia.com no less than 7 days prior to your scheduled arrival date in Australia. Failure to sign and return this Agreement suspends your placement until such time it is returned.

RECAPITULATIF

Je soussigné(e).....certifie avoir pris connaissance de tous les documents fournis par l'association EUROPAIR SERVICES et remplir tous les critères exigés.

Je certifie que j'ai répondu à toutes les questions en toute honnêteté et que toutes les informations fournies dans mon dossier sont vraies.

Je vous adresse mon dossier complet et m'engage à informer l'association EUROPAIR SERVICES de tout changement relatif aux informations fournies dans mon dossier.

IMPORTANT :

Europair Services ne peut être tenu responsable des accidents, pertes, dommages, plaintes ou dépenses particulières en relation le séjour des participants.

Le chèque de cotisation doit être joint au dossier, mais ne sera encaissé que lors de la confirmation de votre placement. En cas de non placement, les frais de cotisation seront intégralement remboursés. En cas d'annulation de votre part, les frais d'adhésion et de cotisation resteront acquis à l'agence et ne seront pas remboursés.

Date :

Signature :