Forme de consentement de visites au domicile parental/tuteur/autres soignant primaires

Ce formulaire doit être rempli par les parents /autres soignant primaires.

Moi , -----:-------- -- -' en tant que parent/autres soignant primaires du

-------- -- ---consens par la présente a a effectuer une visite a domicile pour valider la résidence du DC de ;• sauf si autrement divulguée au cours de cette visite , renseignements personnels qui peuvent être recueillis dans le cadre de cette visite est d’être conserve dans le dossier official de l’étudiant et ne sera transféré ou divulgues a l’extérieur de l’organisation sauf si la divulgation est nécessaire par la loi . Cette information doit être utilisé dans le seul but de valider la résidence a DC du parents/autres soignant primaires du

Est la permission du visite a domicile garanti ?

0 Oui 0 Non

Si non , s’il vous plait expliquer:- - - - - - - ------------- - ------- - ---

Adresse du parent /autres soignant primaires

(rue )

(Ville) (Etat) (Code postal) (Numéro du Téléphone)

Signature du parents/autres soignant primaries Date

Signature du directeur ou Désignée Date

Toute personne y compris quelconque école publique ou responsable du charte de l’école publique du District de Columbia , qui fournit sciemment de faux renseignements à un agent public dans le cadre d'un justificatif de domicile de l'élève doit être soumis à des accusations de scolarité rétroactivement paiement d'une amende d'au plus 500 $, ou d'emprisonnement pour pas plus de 90 jours, ou toute combinaison de ceux-ci, conformément à la loi du district du Columbia de frais scolaire pour Non-résident, approuvée le 8 Septembre 1960 (code DC § 38-312). Le cas d'une telle personne pourrait être référé au bureau du Procureur général pour examen en vue de poursuites.

Bureau du surintendant des Etats de l'Education Année Scolaire: