

AFFIDAVIT D'AUTORISATION DE TRAVAILLEUR SOCIAL

Lois Générales du Massachusetts Chapitre 201F

1. PARTIE AUTORISANTE (Parent/Gardien)

Je, _____, résidant à _____ suis:
(encrer un) le parent légal gardien légal tuteur de(s) (l')enfant(s) mineur(s) sélectionné(s) ci-dessous. Par la présente j'autorise _____, résidant à _____ à exercer concurremment les droits et les responsabilités, sauf ceux interdits ci-dessous, ce que je possède par rapport à l'éducation et la santé de/des (l')enfants mineur(s) dont les noms et dates de naissance sont:

Nom	date de naissance	nom	date de naissance
Nom	date de naissance	nom	date de naissance

Le travailleur social n'a PAS le droit de faire ce qui suit: (S'il y a des actes spécifiques que vous ne voulez pas que le travailleur social exécute, veuillez décrire ces actes ici.)

Les déclarations suivantes sont vraies: (*Prière de lire*)

- Il n'existe pas d'ordonnance juridique en effet qui m'interdirait d'exercer ou de conférer des droits et des responsabilités que je souhaite conférer au travailleur social. (*Si vous êtes le tuteur ou le gardien, joindre l'ordonnance du tribunal vous désignant.*)
- Je ne me sers pas de cet affidavit pour contourner aucune loi fédérale ou d'état, aux fins de participer à une école particulière, ou de ré-attribuer des droits à un travailleur social à qui ces droits ont été enlevés par un tribunal de droit.
- Je confère ces droits et responsabilités en toute liberté et en connaissance de cause afin de pourvoir aux besoins de(s) (l')enfant(s) et non en résultat de pressions, de menaces ou de paiements par toute personne ou organisme.
- Je comprends que, si l'affidavit est modifié ou révoqué, je dois fournir l'affidavit modifié ou la révocation à toutes les parties à qui j'ai donné cet affidavit.

Ce document doit rester en vigueur jusqu'à _____ (pas plus de deux ans à compter de ce jour) ou jusqu'à ce que j'avise le fournisseur de soins par écrit, que je l'ai modifié ou révoqué.

J'affirme que les déclarations ci-dessus sont vraies, sous peine de pénalité de parjure.

Signature: _____

Nom en Caractères d'Imprimerie: _____

Numéro de Téléphone: _____

2. TÉMOINS DE LA SIGNATURE DE LA PARTIE AUTORISANTE

(À être signé par les personnes de plus de 18 ans qui ne sont pas les soignants désignés.)

Témoïn #1 Signature Témoïn #2 Signature

Nom Imprimé, Adresse et No. deTéléphone Nom Imprimé, Adresse et No. deTéléphone

3. AUTHENTIFICATION DE LA SIGNATURE DE LA PARTIE AUTORISANTE

Le Commonwealth du Massachusetts

_____, ss

En ce jour, _____, par-devant moi le notaire soussigné, a comparu personnellement _____, qui m'a prouvé par évidence satisfaisante d'identification, _____, être la personne dont le nom est signé sur le document précédent, et a juré sous les peines et les pénalités de parjure que les déclarations précitées sont vraies.

Signature et sceau du notaire: _____

Nom Imprimé du notaire: _____

Ma commission expire: _____

4. CONFIRMATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Je, soussigné(e) _____, certifie avoir au moins 18 ans et que l'(es) enfant(s) nommé(s) ci-dessus habitent avec moi

_____.

Je suis le/la _____ de cet/ces enfant(s) (*déclarer vos liens de parenté avec l'enfant*)

Je comprends que j'ai la permission, sans obtenir un autre consentement d'un parent, gardien légal ou tuteur légal de(s) (l')enfant(s), d'exercer des droits et des responsabilités concurrents relatives à l'éducation et aux soins de santé de(s) (l')enfant(s), sauf ces droits et responsabilités interdite au-dessus. Cependant, je mai pas de prendre sciemment une décision contradictoire avec la décision du parent, gardien légal ou le tuteur légal de(s) (l')enfant(s).

Je comprends que, si l'affidavit est modifié ou révoqué, je dois fournir l'affidavit modifié ou la révocation à toutes les parties à qui j'ai donné cet affidavit avant de poursuivre l'exercice de mes droits et responsabilités établis par l'affidavit.

Par la présente j'affirme que les déclarations ci-dessus sont vraies, sous peine de penalties de parjure.

Signature du travailleur social: _____

Nom imprimé: _____

No. de Téléphone: _____ Date: _____