

إقرار الحاضن غير الأبوي

التاريخ: _____

بيانات التلميذ(ة)

الاسم الأخير		الاسم الأول		الاسم الأوسط	
رقم هوية التلميذ		تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر)		السن	
عنوان المنزل (رقم المنزل واسم الشارع)		رقم الشقة		الجنس (اختياري) أنثى ذكر	
الحي		الولاية		الرمز البريدي	
رقم هاتف المنزل		رقم هاتف العمل		رقم هاتف المنزل ()	

بيانات الحاضن غير الأبوي

علاقتك بالتلميذ(ة)		الاسم الأخير		الاسم الأول	
رقم الشقة		عنوان المنزل (رقم المنزل واسم الشارع)		الحي	
الرمز البريدي		الولاية		رقم هاتف المنزل	
رقم الهاتف المحمول ()		رقم هاتف العمل ()		رقم هاتف المنزل ()	

أقر بأن التلميذ المذكور يعيش معي وأنا أقدم له الرعاية الأبوية كحاضن للأسباب التالية:

--

سوف يقيم التلميذ(ة) معي في الموقع المذكور أعلاه للفترة التالية:

بيانات الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر

علاقتك بالتلميذ(ة)		الاسم الأخير		الاسم الأول	
رقم الشقة		عنوان المنزل (رقم المنزل واسم الشارع)		الحي	
الرمز البريدي		الولاية		رقم هاتف المنزل	
رقم الهاتف المحمول ()		رقم هاتف العمل ()		رقم هاتف المنزل ()	

أقر بموافقتي على الاتصال بالمدرسة فوراً في حالة حدوث أي تغيير بترتيبات الحضانة هذه.

أقر بأنني الحاضن لهذا الطفل، وأنه يقيم معي في الموقع المذكور أعلاه. وأقر بأن المعلومات المقدمة أعلاه هي معلومات حقيقية وصحيحة.

توقيع الحاضن غير الأبوي: _____

STATE OF NEW YORK(

SS:

COUNTY OF(_____)

Sworn to before me this _____ day of _____, _____ year

Notary Public