

DOSSIER n° _____

N° OSIS/NYCID DE L'ÉLÈVE _____

**BUREAU D'AUDIENCE IMPARTIALE – FORMULAIRE
D'ACCÈS AUX INFORMATIONS CONFIDENTIELLES**

J'autorise _____* à m'aider dans la représentation de mon enfant,
_____ (date de naissance __/____/____) à l'audience impartiale.

Je donne mon autorisation au Bureau des audiences impartiales pour communiquer avec la personne susmentionnée et pour permettre à cette personne de recevoir et d'examiner tout document lié à ce dossier. Cette autorisation n'est valide que jusqu'à la conclusion du dossier ou la date à laquelle je retire mon consentement, selon la première éventualité.

NOM DU PARENT OU TUTEUR/DE LA
TUTRICE (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)_____
SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR/
DE LA TUTRICE_____
N° ET NOM DE LA RUE, N° D'APPARTEMENT_____
VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL_____
DATE_____
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE_____
E-MAIL

L'ÉTAT DE NEW YORK

COMTÉ DE _____

Le _____ jour du mois de _____ de l'année _____, en ma présence, le soussigné a comparu en la personne de _____ que je connais personnellement ou dont il m'a été démontré sur la foi de preuves satisfaisantes qu'il/elle est l'individu dont le nom figure sur le présent instrument et qui a reconnu qu'il/elle l'a exécuté en sa qualité et que par sa signature sur l'instrument, l'individu ou la personne au nom de laquelle l'individu a agi, a exécuté l'instrument.

SIGNATURE DU NOTAIRE**Veillez fournir les renseignements suivants (caractères d'imprimerie) :**

Adresse du représentant ou de la représentante : _____

Numéro de téléphone : _____ E-mail : _____

**VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI
AU BUREAU DES AUDIENCES IMPARTIALES**E-MAIL : IHOQuest@schools.nyc.gov (de préférence)

FAX : 718 391-6181

COURRIER POSTAL : 131 Livingston Street, Room 201, Brooklyn, NY 11201