

# DÉCLARATION NOTARIÉE: Pris en Charge Informelle d'Enfants par des Proches



Office of Shared Accountability  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 334-17 de MCPS  
Juillet 2017

S'applique à un enfant qui était déjà un résident de l'État du Maryland.  
Code du Maryland, Éducation §4-122.1 et Règlements 01-07 de COMAR 13A.08.05.

Je (nom du proche prenant en charge), \_\_\_\_\_ soussigné(e), confirme que j'ai dix-huit (18) ans ou plus et que je suis compétent(e) pour témoigner des faits et sujets présentés dans cette déclaration.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, vit avec moi à cause des sérieuses difficultés familiales suivantes.

Cochez tout ce qui s'applique et **joignez les pièces justificatives appropriées:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Décès du parent/tuteur légal:<br><b>copie du certificat de décès ou autre preuve</b>  | <input type="checkbox"/> Maladie grave du parent/tuteur légal:<br><b>copie du rapport ou de la note du médecin, ou autre preuve</b>                            |
| <input type="checkbox"/> Toxicomanie du parent/tuteur légal:<br><b>documentation du prestataire des soins ou du parent, ou autre preuve</b>  | <input type="checkbox"/> Emprisonnement du parent/tuteur légal:<br><b>documents du système juridique, du centre de détention pour mineurs, ou autre preuve</b> |
| <input type="checkbox"/> Abandon par le parent/tuteur légal:<br><b>déclarations notariées de tous les tuteurs légaux, ou la documentation de la cour de justice, des services sociaux, ou toute autre preuve</b> | <input type="checkbox"/> Affectation du parent/tuteur légal à des fonctions militaires actives:<br><b>copie d'ordres militaires ou autre preuve</b>            |

Le nom et la dernière adresse connue du/des parent(s) ou du tuteur légal de l'enfant sont:

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue Ville État Code Postal

Mon lien de parenté à l'enfant est \_\_\_\_\_

Mon adresse est \_\_\_\_\_  
Rue Ville État Code Postal

Mes numéros de téléphone sont \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

J'ai assumé la prise en charge informelle de cet enfant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Le nom et l'adresse de la dernière école que l'enfant a fréquentée sont:

Nom de l'École \_\_\_\_\_ Grade Actuel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue Ville Comté du Maryland État Code Postal

## Déclaration Notariée de Montgomery County Public Schools Pris en Charge Informelle d'Enfants par des Proches

Je comprends que le superintendant des écoles peut vérifier les faits énoncés dans la présente déclaration notariée et procéder à un contrôle, de cas par cas, après que l'enfant ait été inscrit dans l'école publique ou le système d'écoles publiques du comté. Si le superintendant local découvre l'incidence d'une fraude ou d'une fausse déclaration, l'enfant sera retiré de la liste du système scolaire public local.

Je comprends qu'une déclaration notariée actuelle ainsi que de la documentation justificative doivent être présentées annuellement au moins deux semaines avant le début de l'année scolaire.

Je comprends que si un changement se produit durant la prise en charge de l'enfant ou que la famille de l'enfant fait face à de sérieuses difficultés, je suis tenu(e) d'aviser le système scolaire local par écrit dans les 30 jours après que le changement se soit produit.

Je comprends aussi que quelconque personne qui sciemment fait des assertions inexacts substantielles dans cette déclaration notariée, est passible d'une amende payable au comté d'un montant trois fois la part proportionnelle des frais de scolarité pour le temps durant lequel l'enfant fréquente une école publique dans le comté.

Je déclare solennellement sous peine de parjure que les déclarations qui précèdent sont, dans toute la mesure où qu'il puisse en être certain(e), vraies, complètes et exactes.

J'accepte de faire l'éventail complet des décisions éducatives pour l'enfant à moins que la cour ne désigne un tuteur légal pour l'enfant; ou accorde la garde de l'enfant à une personne autre que moi.

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie du membre  
de la famille assumant la charge informelle de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Signature du membre de la famille assumant la charge informelle de l'enfant

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

**School Use Only:** Completed and signed affidavit and residency documentation received

Name of MCPS Representative Reviewing this Form \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Signature, MCPS Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MCPS Student ID # \_\_\_\_\_ MCPS school of enrollment \_\_\_\_\_