

ATTESTATION D'AUTORISATION DE L'AIDANT DE SOIGNANT

Chapitre 201F des lois générales du Massachusetts

1. PARTIE AUTORISANTE (Parent/Tuteur)

Je soussigné(e), _____, demeurant à _____

suis : (entourez une option) le parent tuteur légal tuteur légal de l'enfant mineur (ou des enfants mineurs) mentionné(s)

ci-dessous.

Par la présente, j'autorise _____, résidant à _____

exercer simultanément les droits

et les responsabilités, à l'exception de celles interdites ci-dessous, que je possède relativement à l'éducation et

soins de santé des enfants mineurs 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 soignant ne peut PAS faire ce qui suit : (S'il y a des actes spécifiques que vous ne souhaitez pas que le soignant fasse)
(Pour les soignants qui doivent accomplir ces actes, veuillez les indiquer ici.)

Les affirmations suivantes sont vraies : (Veuillez lire)

- Il n'existe aucune ordonnance judiciaire en vigueur qui m'interdise d'exercer ou de conférer les droits et responsabilités que je souhaite conférer à la personne aidante. (Si vous êtes la personne aidante) Tuteur légal ou curateur, veuillez joindre l'ordonnance du tribunal vous désignant.
- Je n'utilise pas cette déclaration sous serment pour contourner une quelconque loi étatique ou fédérale, aux fins de la fréquentation d'une école particulière, ou de rétablir les droits d'un aidant dont ces Des droits ont été retirés par un tribunal.
- Je confère ces droits et responsabilités librement et en toute connaissance de cause afin de pourvoir aux enfant(s) et non à la suite de pressions, de menaces ou de paiements de la part de quelque personne ou organisme que ce soit.

Je comprends que, si l'affidavit est modifié ou révoqué, je dois fournir la version modifiée.

déclaration sous serment ou révocation à toutes les parties auxquelles j'ai fourni cette déclaration sous serment.

Le présent document restera en vigueur jusqu'à _____ (dans un délai maximal de deux ans à compter d'aujourd'hui).

ou jusqu'à ce que j'informe par écrit le soignant que je l'ai modifié ou révoqué.

Je déclare par la présente que les affirmations ci-dessus sont vraies, sous peine de parjure.

Signature: _____

Nom imprimé : _____

Numéro de téléphone: _____

2. TÉMOINS DE LA SIGNATURE DE LA PARTIE AUTORISANTE

(À signer par les personnes âgées de plus de 18 ans qui ne sont pas le soignant désigné.)

Signature du témoin n° 1

Nom, adresse et numéro de téléphone (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin n° 2

Nom, adresse et numéro de téléphone (en caractères d'imprimerie)

3. NOTARISATION DE LA SIGNATURE DE LA PARTIE AUTORISANTE

Commonwealth du Massachusetts

_____, ss

À cette date, devant moi, notaire soussigné, s'est présenté personnellement

_____, m'a été prouvé par des preuves satisfaisantes de
identification, qui figurait _____, être la personne dont le nom est signé
sur le document précédent, et j'ai juré sous peine de parjure que ce qui précède
Ces affirmations sont vraies.

Signature et sceau du notaire : _____

Nom du notaire imprimé : _____

Ma commission expire : _____

4. REMERCIEMENTS AUX AIDANTS

JE, _____, j'ai au moins 18 ans et ce qui précède

mon/mes enfant(s) résident actuellement avec moi à _____.

Je suis le parent (indiquez votre lien de parenté avec l'enfant) _____.

Je comprends que je peux, sans obtenir d'autre consentement d'un parent ou tuteur légal,
ou le tuteur légal de l'enfant (des enfants), exercer des droits et responsabilités concurrents relatifs
à l'éducation et aux soins de santé de l'enfant (des enfants), à l'exception des droits et responsabilités qui y sont rattachés.
interdit ci-dessus. Toutefois, je ne peux pas sciemment prendre une décision qui contrevient à la
décision du parent, du tuteur légal ou du responsable légal de l'enfant (ou des enfants).

Je comprends que, si l'affidavit est modifié ou révoqué, je dois fournir la version modifiée.

déclaration sous serment ou révocation à toutes les parties auxquelles j'ai fourni cette déclaration sous serment avant toute autre action
exercer tout droit ou toute responsabilité découlant de l'affidavit.

Je déclare par la présente que les affirmations ci-dessus sont vraies, sous peine de parjure.

Signature du soignant : _____

Nom imprimé : _____

Numéro de téléphone: _____

Date: _____