

NOM DE L'ÉLÈVE : \_\_\_\_\_

N° D'IDENTIFIANT NYC DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE CONFIDENTIALITÉ –  
UNITÉ DE SERVICES ÉQUITABLES À TAUX AMÉLIORÉ**

Ce formulaire doit être entièrement rempli pour toutes les demandes soumises à l'Unité des services équitables à taux amélioré par des avocats et des représentants autres que les avocats.

Les parents/tuteurs(trices) qui soumettent leurs propres demandes ne sont pas tenu(e)s de soumettre une décharge de confidentialité notariée. Veuillez noter que toute demande soumise par des avocats ou des défenseurs de droits autres que les avocats et qui ne comporte pas un formulaire rempli, signé, daté et notarié sera rejetée.

J'autorise \_\_\_\_\_ à m'aider dans la représentation de mon enfant, \_\_\_\_\_ (date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_), pour demander des services IESP/services équitables. Je donne mon autorisation à l'Unité des services équitables à taux amélioré pour communiquer avec la personne susmentionnée et pour permettre à cette personne de recevoir et de consulter tout matériel lié à cette demande. Cette autorisation est valable un an à compter de la date de signature ci-dessous.

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom en caractères d'imprimerie ou dactylographié), demande de l'aide pour la mise en œuvre des services IESP/services à taux amélioré pour l'élève susmentionné. Je reconnais en soumettant cette demande que tous les dossiers liés à cette demande sont sujets à un audit par les écoles publiques de la Ville de New York et/ou la Ville de New York. Je jure (ou affirme), sous peine de parjure, que toutes les informations ci-dessus sont vraies et exactes.

---

NOM DU PARENT/TUTEUR/DE LA TUTRICE  
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

---

SIGNATURE et DATE DU PARENT/TUTEUR/DE LA TUTRICE

---

N° ET NOM DE RUE/N° D'APPARTEMENT

---

VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL

---

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

---

E-MAIL

L'ÉTAT DE NEW YORK  
COMTÉ DE \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ de l'année \_\_\_\_\_, en ma présence, le/la soussigné(e) \_\_\_\_\_, 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 acte, a comparu en personne et a reconnu qu'il/elle a signé le présent acte en sa qualité et que par sa signature sur l'acte, l'individu ou la personne au nom de laquelle l'individu a agi, a signé l'acte.

---

SIGNATURE DU NOTAIRE

**Veuillez fournir les renseignements suivants (caractères d'imprimerie) :**

Adresse du représentant ou de la représentante : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

**SOUMETTEZ CE FORMULAIRE AVEC VOTRE DEMANDE DE SERVICES ÉQUITABLES À TAUX AMÉLIORÉ**

*Conservez la copie originale du formulaire de décharge de confidentialité que vous soumettez. Le NYCPS peut la demander pour examen. Les déclarations sous serment et les décharges de confidentialité restent valables pendant un an, sauf si vous fournissez un avis écrit à l'Unité des services équitables à taux amélioré, indiquant que vous souhaitez retirer votre consentement.*