

PALM SPRINGS UNIFIED SCHOOL DISTRICT

**Caregiver's Authorization Affidavit**

**THIS DOCUMENT IS FOR THE PURPOSES OF ENROLLING IN PALM SPRINGS UNIFIED.  
IT DOES NOT GUARANTEE ENROLLMENT AT A SPECIFIC SCHOOL SITE.**

Completion of student name, date of birth, caregiver's name/DOB/School Name, Grade/ new home address, and the signing of the affidavit are sufficient to authorize the enrollment of a minor in school and approved school-related medical care.

CAREGIVER AFFIDAVIT IS NOT TO BE USED FOR GUARDIAN SIGNATURES ON SPECIAL EDUCATION DOCUMENTS.

Student Name  (Last) (First)	Student's Date of Birth	SCHOOL	GRADE
Caregiver's Name  (Last) (First)	Caregiver Phone (Day)		
Caregiver Address  City Zip	Caregiver Phone (Evening)		
Caregiver Driver's License or ID Card Number	Caregiver Date of Birth		

Verification of the following two areas are required to authorize any other medical care.

**Caregiver Authorization for Other Medical Care**

I verify that I am of legal adult age and this minor student lives in my home.

I also verify that:

- I am the: *(Check the one which identifies you)*

<b>Grandfather</b>	or	<b>Grandmother</b>
<b>Aunt</b>	or	<b>Uncle</b>
<b>Sister</b>	or	<b>Brother</b>
<b>Step-Mother</b>	or	<b>Step-Father</b>
<b>Step-Sister</b>	or	<b>Step-Brother</b>
<b>Cousin</b>	or	<b>Non-relative (relationship):</b> _____
- The following is/are the name(s)/location(s) of parent(s)/guardian(s) having legal custody:
  - Father/legal guardian (Name/Location) \_\_\_\_\_  
(Print Name) (City/State/Country or unknown)
  - Mother/legal guardian (Name/Location) \_\_\_\_\_  
(Print Name) (City/State/Country or unknown)

**Check one or more:** (For example, if one parent was advised and the other could not be located)

**I have advised the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor as to my intent to authorize medical care and have received no objection.**

**I am unable to contact the parent(s) or legal guardian(s) at this time to notify them of my intended authorization.**

**WARNING: I declare under penalty of perjury under the laws of California that the foregoing information is true and correct.**

Signature of Caregiver: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Received by (School Staff): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Approval Signature (DO): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please understand that the District reserves the right to verify the accuracy of the information on this form and a home visit may be initiated which proves that the parent/guardian is residing at the stated address mentioned above. Ed Code 48204.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PALM SPRINGS

Declaración de Autorización del Cuidador

ESTE DOCUMENTO ES PARA EL PROPOSITO DE INSCRIPCION DENTRO DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PALM SPRINGS. ESTE NO GARANTIZA LA INSCRIPCION EN UNA ESCUELA ESPECIFICA.

Al completar el nombre del estudiante, fecha de nacimiento, nombre del cuidador /FDN/Nombre de Escuela, Grado, nueva dirección, y la firma de la declaración son suficientes para autorizar la inscripción del menor en la escuela y aprobar cuidado médico relacionado con la escuela.

ESTA DECLARACION NO PUEDE SER USADA COMO FIRMAS DEL TUTOR PARA FIRMAR EN DOCUMENTOS DE EDUCACION ESPECIAL

Table with 4 columns: Student Name, Birth Date, School, Grade; Guardian Name, Phone; Guardian Address, City, Code, Phone; License Number, Guardian Birth Date.

Verificación de las dos siguientes áreas son requeridas para autorizar cualquier cuidado médico.

Autorización del Cuidador para otro cuidado médico

Yo verifico que soy un adulto de edad legal y que este estudiante menor de edad vive en mi casa.

También verifico que:

- 1. Soy el/la: (Maque la que lo/a identifique) Abuelo, Tía, Hermano, Madrastra, Hermanastra, Primo, Abuela, Tío, Hermano, Padrastro, Hermanastro, Ningún-relación (clasificar relación):

2. Lo(s) siguiente(s) es/son el/los nombre(s)/lugar(es) de los padre(s)/tutores que tienen custodia legal

- a. Padre/tutor legal (Nombre/ubicación) (Nombre -letra de molde) (Ciudad/Estado/País o desconocido)
b. Madre/Tutor legal (Nombre/ubicación) (Nombre -letra de molde) (Ciudad/Estado/País o desconocido)

Marque uno o más: (Por ejemplo, Sí uno de los padres fue informado y el otro padre no pudo ser localizado)

He informado a/los padre(s) u otra persona quién tiene custodia legal del menor de mi intención de autorizar cuidado médico y no he recibido ninguna objeción. No he podido comunicarme con el/los padre(s) o tutor legal en este momento para avisarles de mi intención de autorizar.

AVISO: Declaro que esta información es fiel y verdadera bajo pena de perjuicio según lo dispone las leyes de California.

Firma del Cuidador: Fecha:

Recibido por (School Staff): Fecha:

Approval Signature (DO): Date: