

Vérification de la formation scolaire/professionnelle

Date : _____

À qui de droit : _____

La personne nommée ci-dessous est un(e) élève de votre établissement ayant déposé une demande de services de garde d'enfants financés. Pour déterminer son admissibilité à ces services, nous devons prouver que cet(te) élève participe à votre programme. Veuillez remplir toutes les informations ci-dessous et renvoyer ce formulaire à l'élève. La signature de l'élève est nécessaire pour autoriser la communication de ces informations.

À remplir par l'élève

Nom : _____

Adresse : _____ Apt. : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Adresse électronique : _____

Si vous suivez une formation visant à obtenir un diplôme équivalent à un BTS, veuillez indiquer votre objectif professionnel : _____
En apposant ma signature, je certifie que j'approuve la communication des informations requises pour remplir le présent formulaire.

Signature de l'élève : _____ Date : _____

À remplir par l'établissement

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Informations concernant le cours/la formation

Est-ce que l'élève suit une formation diplômante ? Oui Non

Si « Oui », pour quel type de diplôme ? BTS Licence (Seuls BTS et Licence sont admissibles)

Date de début de l'inscription : _____ Date de fin prévue : _____

Est-ce que l'élève est inscrit(e) à temps plein ? Oui Non

Si l'élève ne suit pas une formation diplômante, veuillez cocher une des cases suivantes afin de décrire le programme :

Programme d'enseignement secondaire offert/approuvé par le district scolaire local

Cours de rattrapage

Formation sur les compétences préprofessionnelles

Démonstration de projet approuvé par le Département du travail (Department of Labour, DoL)
Date de début d'inscription au programme non diplômant : _____
Date de fin prévue du programme non diplômant : _____

Programme de formation réalisé par un établissement agréé/approuvé par le Département de l'éducation de l'État de New York (New York State Education Department, NYSED) (autre qu'un établissement d'enseignement supérieur ou une université)
Objectif professionnel (à indiquer si la case est cochée ci-dessus pour le programme de formation) : _____

Programme d'anglais comme langue étrangère (English as a Second Language, ESL)

Cours d'alphabétisation

Calendrier de participation quotidienne de l'élève

Dimanche		Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Total des heures
de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	

L'élève doit informer l'Administration des services à l'enfance de la ville de New York (New York City Administration for Children's Services, ACS) de toute modification du calendrier et de tout autre changement lié à son admissibilité aux services de garde d'enfants.

Nom du rédacteur : _____ Fonction : _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Signature du rédacteur : _____ Date : _____

Votre nom que vous saisissez ci-dessus servira de signature.

Cachet officiel de l'établissement