

I.D. # _____
Grade _____
School _____

**Pasadena Unified School District
CAREGIVER'S AUTHORIZATION AFFIDAVIT**

Use of this affidavit is authorized by Part 1.5 (commencing with Section 6550) of Division 11 of the California Family Code.

Instructions: Completion of items 1-4 and the signing of the affidavit is sufficient to authorize enrollment of a minor in school and authorize school and related medical care. Completion of items 5-8 is additionally required to authorize any other medical care. Print Clearly.

The minor named below lives in my home and I am 18 years of age or older.

Name of Minor	Minor's Birthday
---------------	------------------

Name of adult giving authorization

Home Address

I am a grandparent, aunt, uncle, or other qualified relative of the minor (see back of this form for a definition of "qualified relative.")

Check one or both (for example, if one parent was advised and the other cannot be located)

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

_____ I am unable to contact the parent(s) or other person(s) having legal custody of the minor at this time, to notify them of my intended authorization.

Date of Birth	California Drivers License # or I.D. Card #
---------------	---

Warning: Do not sign this form if any of the statements above are incorrect or you will be committing a crime punishable by a fine, imprisonment, or both.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Signature	Date
-----------	------

I.D. # _____
Grado _____
Escuela _____

Distrito Escolar Unificado de Pasadena
AFIDAVIT DE AUTORIZACION PARA LA PERSONA QUE PRESTE EL CUIDADO

El uso de este affidavit esta autorizado por la Parte 1.5 (comenzando con la Sección 6550) de la División 11 del Código de la Familia de California.

Instrucciones: Llenar los artículos del 1-4 y firmar este affidavit es suficiente autorización para matricular a un menor de edad en la escuela y autorizar a la escuela y al cuidado medico relacionado. Llenar los artículos del 5-8 es requerimiento adicional para autorizar cualquier otro cuidado medico, Imprima claro.

El menor cuyo nombre aparece abajo vive en mi casa y yo soy una persona de 18 anos de edad o mayor.

Nombre del menor de edad	Fecha de nacimiento del menor de edad
--------------------------	---------------------------------------

Nombre del adulto dando la autorización

Domicilio

Soy un abuelo(a), tía, tío, u otro pariente del menor que puede calificar (vea el reverso de esta forma para la definición de "pariente que puede califica")

Marque una o ambas (por ej., si se le aviso a uno de los padres y no se pudo encontrar al otro)

- _____ Avise al(os) padre(s) u otra(s) persona(s) que tienen custodia legal del menor de edad de mi intento para autorizar cuidado medico y no hubo objeción.
- _____ No he podido avisarle al(os) padre(s) o a otra persona que tiene custodia legal del menor de edad hasta ahora para avisarles de mi intención de autorización.

Fecha de Nacimiento _____ # de la Licencia de Manejar de Calif., o # de la Tarjeta de I.D.

ADVERTENCIA: No firme esta forma si cualquiera de las declaraciones anteriores es incorrecta, si lo hace estará cometiendo un crimen castigado con multa, encarcelamiento, o ambos.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de Estado de California que lo anterior es verdad y correcto.

Firma _____ Fecha _____