



STUDENT SERVICES 5115 DUDLEY BLVD, MCCLELLAN (916) 566-1620

CHILD CARE VERIFICATION AFFIDAVIT

If the reason for your Interdistrict Transfer request is **Child Care (K-8)**, please have your childcare provider complete and sign the information requested under #4. Before submitting, please sign and date this form with your Interdistrict Transfer application to the Twin Rivers Unified School District, Student Services Department.

Instructions: Complete all items as listed

- 1. Name of Child: _____
- 2. Date of Birth: _____
- 3. Name of Child Care Giver: _____
(Please print)

4. I, the undersigned, verify that I am providing Child Care for the above named child.

Signature of Child Care Giver Date

Address City State Zip Code

Phone number

5. I, the parent/guardian of the above named child, verify that the information given here is accurate.

Signature of Parent/Guardian Date



STUDENT SERVICES 5115 DUDLEY BLVD, MCCLELLAN (916) 566-1620

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

Si la razón de la solicitud de su Tranferencia Interdistrital es el **Cuidado Infantil (K-8)**, por favor solicite a su proveedor de cuidado infantil que llene y firme la información solicitada bajo el # 4. Antes de regresar este formulario con su solicitud de Transferencia Interdistrital al Departamento de Servicios para Estudiantes del Distrito Escolar Unificado de Twin Rivers favor de firmarlo y ponerle la fecha.

Instrucciones: Complete todos los elementos enlistados.

1. Nombre del niño: _____
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____
(Letra de imprenta)
4. Yo, el firmante, verifico que estoy proporcionando cuidado infantil al niño mencionado anteriormente.

Firma del proveedor de cuidado infantil

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

5. Yo, el padre/tutor del niño mencionado anteriormente, verifico que la información dada aquí es verdadera y correcta.

Firma del padre/tutor

Fecha