Shasta Head Start Child Development, Inc.
375 Lake Blvd., Suite 100 ★ Redding, CA 96003
Tel: (530) 241-1036 x 1 Fax (530) 241-2703

GENERAL STATEMENT OF FACTS

Please use blue or black ink only.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct.

_____ _____
Signature of Parent/Guardian Date

_____
Print Name

I, _____, parent/legal guardian of _____ give
(Full Legal Name) (Full Legal Name)
authorization to _____ to write this statement for me only on the date
(Full Legal Name)
specified and signed above. For its effect, I put my initials: _____.

Shasta Head Start Child Development, Inc.
375 Lake Blvd., Suite 100 ★ Redding, CA 96003
Tel: (530) 241-1036 x 1 Fax (530) 241-2703

DECLARACIÓN GENERAL DE LOS HECHOS

Por favor usar solamente tinta azul o negra.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Yo declare bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Fecha

_____
Escriba su Nombre

Yo, _____, padre/tutor legal de _____ doy
(Nombre Legal Completo) (Nombre Legal Completo)
autorizacion a _____ para que escribe esta declaracion por mi y
(Nombre Legal Completo)
solamente en la fecha especificada y firada abajo. Para su efecto, pongo mis iniciales: _____.