



Washington State Department of  
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

**Déclaration du lycée ou de  
l'école professionnelle**  
Statement from High School or  
Vocational Education

Date :

Numéro d'identifiant client :

**Section 1 : À remplir par le client/l'élève.**

**J'autorise mon employeur à divulguer des informations au Département de l'enfance, de la jeunesse et des familles.**

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE

DATE

**Section 2 : À remplir par le/la représentant(e)/employé(e) de l'école.**

NOM DE L'ÉLÈVE

NOM DE L'ÉCOLE

ADRESSE DE L'ÉCOLE (Rue, Ville, État, Code postal)

L'élève suit-il/elle les cours à temps  
plein ou temps partiel ?

Temps plein  Temps partiel

DATE DE DÉBUT DE L'ÉLÈVE

DATE DE FIN PRÉVUE

TYPE D'ÉCOLE (*cochez toutes les cases pertinentes*) :

Lycée  Enseignement professionnel  Enseignement de base pour adultes

Anglais comme langue étrangère  Autre : \_\_\_\_\_

*Remarque : si vous participez à un apprentissage agréé (registered apprenticeship), veuillez remplir un formulaire de Vérification de l'emploi (14-252) à la place de ce formulaire.*

TYPE DE DIPLÔME OU CERTIFICAT :

Deux ans

Certificat

Autre : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'élève participe à un programme travail-études ?  Oui  Non

Si *oui*, à hauteur de combien d'heures par semaine ?

Horaire scolaire (*veuillez inclure les heures exactes si possible*) :

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

SAMEDI

DIMANCHE

Est-ce que l'élève participe à un stage rémunéré ?  Oui  Non

Si OUI, veuillez remplir le formulaire DCYF 14-252, Vérification de l'emploi

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) DE L'ÉCOLE

DATE

NOM ET TITRE DE L'EMPLOYÉ(E) DE L'ÉCOLE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

TÉLÉPHONE

Veuillez renvoyer le formulaire rempli à :

Fax : 1-877-309-9747

Child Care Subsidy Contact Center  
Department of Children, Youth, and Families  
P.O. Box 11346  
Tacoma WA 98411-9903