



PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA Y DE CONSENTIMIENTO PARA UN ADULTO

Solicitamos su permiso para usar su imagen, su voz y su nombre para promover y aumentar la conciencia pública sobre el programa Vision for Baltimore. Su firma a continuación otorga a Vision for Baltimore permiso para usar, reutilizar, imprimir, publicar o volver a publicar su imagen, su voz y su nombre en formato impreso, electrónico u otros formatos para este fin, sin pago ni otra consideración, y sin límite de tiempo. Su imagen, su voz y su nombre también se pueden compartir con miembros de los medios de comunicación que informen sobre el programa Vision for Baltimore.

Nombre del niño (letra de imprenta) _____

Nombre de la Escuela _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Dirección _____ Código Postal _____

Padres/Tutor Firma _____ Fecha _____

Gracias por su contribución a nuestro trabajo en favor de los niños. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con el equipo de Vision for Baltimore en [410-616-2344](tel:410-616-2344) Or email at v4b@bcps.k12.md.us.