



## PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA Y DE CONSENTIMIENTO PARA UN NIÑO MENOR

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

Nombre del niño (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

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 Or email at [v4b@bcps.k12.md.us](mailto:v4b@bcps.k12.md.us).**