PLAN DE ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DESERT/MOUNTAIN
PLAN DE ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DESERT/MOUNTAIN
17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307
(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX

Consent to Photograph/Video/Interview
(Please read this page carefully)

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Entiendo y reconozco que, como parte del Plan de Área Local de Educación Especial Desert/Mountain (SELPA) en cuanto a la promoción de actividades educativas o reconocimiento del aprovechamiento del estudiante, el personal de SELPA o los medios de noticias pueden tomar fotografías, grabar videos o entrevistar a los estudiantes que participan en actividades escolares que normalmente no están abiertas al público. De acuerdo con esto, por medio de la presente doy consentimiento a la participación en entrevistas, el uso de frases y la toma de fotografías, películas o videos de mi hijo (a) arriba nombrado por parte del personal de SELPA y/o designados.

También otorgo permiso a SELPA el derecho de editar, usar, y volver a usar la información antes mencionada y/o materiales para publicación sin ánimo de lucro (Ej. folletos, revistas, periódicos o noticias), y personal de educación con propósitos de supervisión y preparación incluyendo el uso impreso, en Internet y otras formas de difusión.
Entiendo que puedo, en cualquier momento, retirar y/o revocar este consentimiento.

_____
Firma del Padre/Tutor

ESTE PERMISO ESTÁ SUJETO A LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES Y/O LIMITACIONES:

Reconozco que he otorgado voluntariamente esta autorización con el propósito de contribuir al mejoramiento de la comprensión científica, la educación, el mejoramiento de la atención médica, la investigación u otros propósitos como puedan ser determinados como apropiados, sin expectativa de pago u otras compensaciones, ahora o en el futuro. De esta forma, yo, mi familia, herederos y cesionarios, no hará responsable al Plan de Área Local de Educación Especial Desert/Mountain (SELPA) de ninguna obligación de compensación o perjuicio que resulte de la autorización de este acuerdo.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha
Nombre del Personal/Testigo	Firma	Fecha

RETIRO DEL CONSENTIMIENTO:
Por medio de la siguiente firma retiro el anterior consentimiento.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha