



**Department of
Education**

Office of Communications and Media Relations
52 Chambers Street, New York, NY 10007
Tel: 212.374.5141 Fax: 212.374.5584

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR FOTOGRAFÍAS, FILMACIONES O GRABACIONES
AUDIOVISUALES DE UN ESTUDIANTE SIN FINES DE LUCRO**
(POR EJEMPLO: PARA FINES EDUCATIVOS, LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA O LA
CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA SALUD)

Nombre completo del estudiante: _____ escuela: _____

Por medio de la presente, autorizo a/al _____ la participación en entrevistas, el uso de citas y la toma de fotografías, películas o audiovisuales del estudiante mencionado previamente. También, otorgo a/al _____ los derechos de editar, utilizar y volver a utilizar dichos materiales sin propósitos lucrativos, incluidos el material impreso, distribución por Internet o cualquier otra forma de distribución mediática. Por medio de la presente además eximo al NYCDOE y sus agentes y empleados de todo reclamo, demanda y responsabilidad alguna en conexión con lo mencionado previamente.

Firma de uno de los padres o tutores (si el estudiante es menor de 18 años): _____ Fecha: _____

Dirección de uno de los padres o tutores: _____

Ó

Firma del estudiante (si tiene o es mayor de 18 años): _____ Fecha: _____

Dirección del estudiante: _____