



THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION

JOEL I. KLEIN, *Chancellor*

Office of Communications & Media Relations
52 Chambers Street, New York, NY 10007
Tel.: 212-374-5141 Fax: 212-374-5584

AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR O REGISTRAR EN CINE O VIDEO A UN ALUMNO PARA UN PROPÓSITO NO COMERCIAL (POR EJEMPLO, EDUCATIVO, SERVICIO PÚBLICO O CAMPAÑA DE SALUD).

Nombre del alumno

Escuela

Clase

Yo, _____ (padre/madre o tutor), por la presente autorizo la participación de mi hijo/a en entrevistas, y el uso por parte de _____ de las correspondientes citas y tomas fotográficas, de cine o video.

También otorgo a _____ el derecho de editar, usar y volver a usar dichos productos para fines no comerciales.

Además, libero al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y a sus representantes y empleados de toda obligación con respecto a reclamos, demandas y otras responsabilidades relacionadas con la autorización que antecede.

Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor

Domicilio del padre, madre o tutor