



Liberación de Voz/ Imagen para Menores

(17 años de edad y menor)

Título de la Película: _____

Miembros de la Producción:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Consejero _____ Escuela _____

Los nombres indicados arriba han tomado, o planean en tomar, fotos digitales, películas, y/o grabaciones de audio de mi hijo/a en o alrededor de (fecha)_____. Yo, _____ (Nombre del menor) expreso mi consentimiento a los miembros de la producción mencionados arriba y a sus empleados, agentes y asignados, el derecho de tomar fotos de mi imagen y usar mi foto, silueta o otra reproducción de mi apariencia física o voz en, y en conexión con, el Festival de Teatro Estudiantil Slick Rock, en televisión o en las películas de cine. También doy permiso el uso de mi voz o imagen de video en la publicidad, explotación y/o publicación de una película de cine, pero no se limita a la televisión o películas de cine. Yo entiendo que la producción que se está realizando podrá aparecer en los teatros, en televisión, y/o en el internet.

Firma del Menor

Yo certifico que soy el padre o guardián del menor mencionado anteriormente. Yo doy mi consentimiento a favor de él/ella.

Nombre Impreso

Firma

Fecha