



All Children Thrive  
California

## All Children Thrive Formulario de autorización de Foto/Audio/Video

Por la presente autorizo a All Children Thrive (ACT o A.C.T.), a sus cesionarios, licenciarios y representantes legales;

\_\_\_\_\_ - (a) Permiso para entrevistarme, filmarme, fotografiarme, grabarme o reproducirme en vídeo y/o grabar mi voz. Permiso para utilizar citas de la(s) entrevista(s) (o extractos de dichas citas), la(s) película(s), fotografía(s), cinta(s) o reproducción(es) de mi persona, y/o la grabación de mi voz, en parte o en su totalidad, en sus publicaciones, en periódicos, revistas y otros medios impresos, en televisión, radio y medios electrónicos (incluido Internet), en medios teatrales y/o en mailings; y

\_\_\_\_\_ - (b) Permiso para identificarme por mi nombre.  
Entiendo que puedo revocar esta autorización, siempre y cuando haga la solicitud de revocación por escrito a ACT. Por la presente renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto final que pueda crearse en relación con lo anterior. He leído esta autorización y comprendo plenamente su contenido.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

*El padre o tutor legal firmado a continuación del niño menor de edad mencionado anteriormente por la presente consiente y da permiso a lo anterior en nombre de dicho niño menor de edad.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DE PADRE/TUTOR DE MENORES (Bajo de 18yrs)

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA