



**Comisión de Primeros 5 Mendocino
Autorización**

Estoy de acuerdo de que mi fotografía o la de mi hijo sea utilizada por cualquier medio de comunicación alrededor del mundo de manera permanente para propósitos relacionados con campañas anti-tabaco, salud infantil y desarrollo educativo. Usted y personas autorizadas o asignadas pueden usar mi semejanza y la de mi hijo en conexión a estas actividades.

Desisto a todas y cada una de las reclamaciones y demandas de cualquier tipo, las cuales yo o mi hijo tengamos en este momento o tengamos en el futuro contra usted y/o contra cualquier persona, corporación u otra entidad a quien se le asigne o transfiera sus derechos en el uso de los materiales y/o usos de mi fotografía o la de mi hijo.

Mi fotografía o la de mi hijo puede ser reproducida, distribuida y/o exhibida solamente en relación con actividades de programas anti-tabaco, y actividades de desarrollo y salud infantil. Reconozco que ninguna compensación monetaria es o será pagada a mi persona o a mi hijo en el evento que estas fotografías sean utilizadas.

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____

Nombre y edad de su hijo/hijos _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____