



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA Y USO DE IMAGEN

California Institute of the Arts Community Arts Partnership (CAP)

*Si el estudiante es menor de 18 años, este formulario deberá ser firmado por el padre/tutor para que el estudiante pueda matricularse en CAP.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

La persona que aquí firma autoriza a los oficiales, maestros, agentes del California Institute of the Arts y la escuela pública/centro comunitario y sus oficiales/personal a obtener examinación de rayos x, anestesia, o procedimiento médico necesario en caso de una emergencia médica. Está sobreentendido que esta autorización es entregada por adelantado para obtener su autorización y poder aplicar tratamiento según el mejor juicio del médico. También está entendido que cualquier esfuerzo será hecho para comunicarse con la persona que aquí firma antes de la aplicación de cualquier tratamiento.

***Favor de indicar información sobre condiciones médicas, alergias, medicamentos y cualquier otro asunto de salud que usted estime que CAP necesita saber:**

.....

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMAGEN

Yo entiendo que el CaArts Community Arts Partnership (CAP), un programa que es parte del California Institute of the Arts (CalArts), es un organización sin fines de lucro, dedicada a proveer programas educacionales y formación artística para la juventud a través de asociaciones con escuelas públicas/centros de comunidad artísticas. Para describir y promover sus esfuerzos, CAP produce audio, video, fotografías, y material impreso. Yo autorizo al CalArts Community Arts Partnership (CAP) y California Institute of the Arts (CalArts) a usar el nombre, imagen, voz, piezas de arte, entrevistas, y/o presentaciones con el propósito de promover las actividades que CAP realiza. Medios digitales y materiales impresos son considerados propiedad de CAP y CalArts sin embargo, las copias serán distribuidos a los estudiantes cuando sea posible.

INFORMACIÓN PADRE/TUTOR

* Requerido si el participante es menor de 18 años

NOMBRE DE PARTICIPANTE:

NOMBRE DE PADRE/GUARDIÁN:

DOMICILIO DE PADRE/GUARDIÁN:

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NUMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO #:

NUMERO DE TELÉFONO DE CASA #:

NUMERO DE TELÉFONO CELULAR #:

OTRO #:

FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN: FECHA: