



CHILDREN'S SPECIALIZED HOSPITAL LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, (padre/tutor) de
_____ por medio de la presente
expreso el deseo de que él/ella participe en _____, planeado y
coordinado por Children's Specialized Hospital, y libero al mismo de cualquier reclamo
por daños que surja de este programa.

FIRMA: _____

FECHA: _____

PERMISO DE PUBLICACIÓN DE FOTOS/VIDEO/NOTICIAS

Yo, _____, (padre/tutor) de
_____ otorgo permiso a Children's
Specialized Hospital para tomar fotos y/o cintas de video de mi hijo para utilizar en
anuncios de prensa, periódicos, exhibiciones, folletos o cobertura televisiva. Entiendo
que el nombre y ciudad de mi hijo pueden ser utilizados. No esperaré ni solicitaré pago
alguno.

FIRMA: _____

FECHA: _____

Foto de liberación de responsabilidad

1-888-CHILDREN (244-5373) www.childrens-specialized.org