



CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

84 East J Street • Chula Vista • CA 91910
Phone (619) 425-9600 • Fax (619) 427-0463 • www.cvesd.org

PERMISSION SLIP FOR SPECIFIC EVENT OPT-IN AGREEMENT

To the Parents of:	
School:	Teacher:
Grade:	Date of Birth:

Please review and sign this form to authorize disclosure of your child's photos and/or videos to Media in accordance with the terms and definitions below. Indicate your acceptance by checking the box below.

EVENT NAME: _____ **EVENT DATE:** _____

<input type="checkbox"/>	I AUTHORIZE the District to disclose my child's photos and/or videos in one or more forms of Media. For purposes of this authorization, Media shall include Print Media (Newspapers, Magazines), Broadcast Media (Television, Radio), Support Media (Outdoor, Transit Advertising), and Internet (Website, E-commerce, Online Advertising, E-mail, Social Media Platforms).
--------------------------	---

I understand that I and my student shall have no intellectual property or other right whatsoever in or arising from the distribution of any Media relating to my child. To the extent that any of the information described above constitutes a pupil or student record under the Family Educational Rights and Privacy Act ("FERPA") and/or the California Education Code, I authorize the release and disclosure of said information relating to my child.

I also agree to release and hold harmless the District from and against all actions, claims, damages, and liabilities of every kind or nature arising out of any Media relating to my child. I understand that I can revise my permission and/or withdraw my consent up to 24 hours prior to the event with written notice to the District.

Please complete this form and return it to your child's teacher at your earliest convenience.

I, THE PARENT/GUARDIAN OF THE CHILD NAMED HEREIN, HAVE READ AND UNDERSTAND THE INFORMATION PRINTED ABOVE AND AUTHORIZE THE RELEASE OF MEDIA CONCERNING MY CHILD UNDER THE CONDITIONS OUTLINED ABOVE.

Printed Name: _____ Relationship to Child: _____
 Signature: _____ Date: _____
 Address: _____
 Phone Number: _____ Email address: _____

For additional information, contact your school or District Communications Officer at (619) 425-9600 Ext. 181328



DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS DE CHULA VISTA

84 East J Street • Chula Vista • CA 91910

Teléfono (619) 425-9600 • Fax (619) 427-0463 • www.cvesd.org

HOJA DE PERMISO PARA EVENTO ESPECÍFICO ACUERDO DE CONFORMIDAD

Padre/tutor de:	
Escuela:	Maestro:
Grado:	Fecha de nacimiento:

Favor de revisar y firmar este formulario para autorizar la divulgación de las fotos y/o videos de su hijo a los medios de comunicación de acuerdo con los términos y definiciones a continuación. Indique su aceptación marcando la casilla a continuación.

NOMBRE DEL EVENTO: _____ **FECHA DEL EVENTO:** _____

AUTORIZO al Distrito a divulgar las fotos y/o videos de mi hijo en una o más formas de medios. A los efectos de esta autorización, los medios de comunicación incluirán medios impresos (periódicos, revistas), medios de difusión (televisión, radio), apoyo mediático (exteriores, publicidad de tránsito, y Internet (página web, comercio electrónico, publicidad en línea, correo electrónico, plataforma de redes sociales).

Entiendo que mi estudiante y yo no tendremos ninguna propiedad intelectual u otro derecho en o que surja de la distribución en cualquier medio de comunicación relacionado con mi hijo. En la medida en que cualquiera de la información descrita anteriormente constituya un registro de alumno o estudiante bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia ("FERPA") y/o el Código de Educación de California, autorizo la publicación y divulgación de dicha información relacionada con mi hijo.

También acepto liberar y eximir de responsabilidad al Distrito de y contra todas las demandas, reclamos, daños y responsabilidades de todo tipo o naturaleza que surjan de cualquier medio relacionado con mi hijo. Entiendo que puedo revisar mi permiso y/o retirar mi consentimiento hasta 24 horas antes del evento con notificación por escrito al Distrito.

Favor de completar este formulario y devolverlo al maestro de su hijo lo antes posible.

YO, EL PADRE/TUTOR DEL NIÑO NOMBRADO EN ESTE DOCUMENTO, HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN IMPRESA ANTERIORMENTE Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MEDIOS RELACIONADOS CON MI HIJO BAJO LAS CONDICIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Dirección correo electrónico: _____