

# Universidad Estatal de San Diego

## Autorización de los Padres

Fecha \_\_\_\_\_

Título del Programa \_\_\_\_\_

Cliente/Departamento \_\_\_\_\_

En consideración a la petición de la Universidad Estatal de San Deigo autorizo a que me hijo/a participe en grabación de video, película, grabados orales, por escrito, medio digital etc.. presentados por los agentes/empleados de la Universidad.

Yo reconozco que este programa es propiedad de la Universidad y estoy de acuerdo que estas grabaciones, nombre o diografía de me hijo/a se puedan usar para medios de educación o publicidad para llevar adelante proyectos educativos de la Universidad Estatal de Dan Diego.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre (letra en molde)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Niño (letra en molde)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Cuidad    Estado    Codigo Postal