

TANEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT

Caring. Serving. Protecting.

PERMISO PARA FOTOGRAFIAS Y ENTREVISTAS

Yo, _____ doy permiso para que el Departamento de Salud del Condado de Taney utilice las fotografías/videos míos y/o de mi(s) hijo(s) que se nombraran a continuación, y cualquier entrevista correspondiente, según lo considere adecuado.

Elija Uno:

____ Pueden identificarme/identificarnos por nombre _____
(iniciales)

Nombre del niño(a): _____

Nombre del niño(a): _____

Nombre del niño(a): _____

____ Por favor **NO publiquen** mi/nuestros nombre(s) _____
(iniciales)

Firma del participante o tutor legal del participante

Fecha

Relación al participante