



Release Form for Media Usage

I, the undersigned, do hereby grant permission to Peak Vista Community Health Centers to use my photo and/or my name _____, as marked in the box below.

Such use includes the display, distribution, publication, transmission, or other use of photographs, images, and/or video taken of me for use in materials that include, but may not be limited to, printed materials such as brochures, newsletters and articles, videos, and digital images such as those on the Peak Vista Community Health Centers web site and social networking sites. This permission may also include a television interview.

- Grant permission to use my name for PVCHC materials stated above
- Grant permission to use my photo/image/video for PVCHC/public release as stated above
- I am a minor (under the age of 18)

Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

Signature: _____ Date: _____

(Parent/Guardian)



AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR FOTOGRAFÍAS, FILMACIONES O GRABACIONES

Yo, el abajo firmante, doy permiso a los Centros Comunitarios de Salud de Peak Vista para usar mi foto y / o mi nombre _____ como se indica en la casilla de abajo.

Tal uso incluye la exhibición, distribución, publicación, transmisión u otro uso de fotografías, imágenes y / o videos tomados de mí para su uso en materiales que incluyen, pero no se limitan a materiales impresos como folletos, boletines y artículos, videos e imágenes como las que aparecen en el sitio web de Peak Vista Community Health Centers y otros sitios de redes. Este permiso también puede incluir una entrevista en televisión.

- Conceder permiso para usar mi nombre para materiales de PVCHC mencionados anteriormente
- Conceder permiso para usar mi foto / imagen / video para PVCHC / publicación pública como se indicó anteriormente
- Soy menor de edad (menor de 18 años)

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

(Padre/Guardián)