

CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOLDISTRICT

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

VOLUNTARY AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

To the Parents of: _____

School: _____ Teacher: _____

Grade: _____ Date of birth: _____

From time to time, the Chula Vista Elementary School District has the opportunity to participate in promotional and other activities featuring students, schools, and/or District programs. Please review and sign this form to authorize your child's participation as described below. Indicate your acceptance of any described disclosures by checking the box located next to the authorized disclosure.

I authorize the District to duplicate or reproduce my child's work in multiple media formats, including but not limited to, print, electronic, or web-based publications as part of any District event, activity, or promotion.

I authorize the District and/or media agencies to interview, photograph, videotape, and/or publish information about my child in multiple media formats, including but not limited to, print, electronic, or web-based publications as part of any District, event, activity, or promotion.

I understand that I and my student shall have no intellectual property or other right 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(s) and/or withdraw my consent at any time with written notice to the District. I further understand that this release shall only be valid for the school year in which it is submitted.

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 THE INFORMATION PRINTED ABOVE AND AUTHORIZE THE RELEASE OF INFORMATION/WORK/PHOTOS CONCERNING MY CHILD UNDER THE CONDITIONS OUTLINED.

Printed Name: _____

Relationship to Child: _____

Signature: _____

Date: _____

Address: _____

Phone Numbers: _____ Email Address: _____

For additional information, contact your school or District Communications Officer at (619) 425-9600 Ext. 1328

Chula Vista Elementary School District is committed to providing equal educational contracting and employment opportunity to all in strict compliance with all the State and Federal laws and regulations. The District's programs, activities, and practices shall be free from discrimination based on race, color, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, religion, marital or parental status, physical or mental disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity or expression, genetic information; the perception of one or more of such characteristics, or association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics. (CVESD Board Policy 0410.) The District office that monitors compliance is the Human Resource Services and Support Office, 84 East J Street Chula Vista, CA 91910, phone (619) 425-9600, Ext 1340. Any individual who believes s/he has been a victim of unlawful discrimination in employment, contracting, or in an educational program may file a formal complaint with the District's Human Resource Office.

CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

84 East J Street • Chula Vista • CA 91910

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

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

A los padres de: _____

Colegio: _____

Profesor(a): _____

Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____

De vez en cuando, el Distrito Escolar Primario de Chula Vista tiene la oportunidad de participar en actividades promocionales y de otro tipo con estudiantes, escuelas y / o programas del Distrito. Revise y firme este formulario para autorizar la participación de su hijo como se describe a continuación. Indique su aceptación de cualquier divulgación descrita marcando la casilla ubicada junto a la divulgación autorizada.

Autorizo al Distrito a duplicar o reproducir el trabajo de mi hijo en múltiples formatos de medios, incluidos, entre otros, publicaciones impresas, electrónicas o basadas en la web como parte de cualquier evento, actividad o promoción del Distrito.

Autorizo al Distrito y / o agencias de medios a entrevistar, fotografiar, grabar en video y / o publicar información sobre mi hijo en múltiples formatos de medios, incluyendo pero no limitado a, publicaciones impresas, electrónicas o basadas en la web como parte de cualquier Distrito, evento, actividad o promoción.

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

También acepto liberar y eximir de responsabilidad al Distrito de y contra todas las acciones, reclamos, daños y responsabilidades de todo tipo o naturaleza que surjan de cualquier medio relacionado con mi hijo.

Entiendo que puedo revisar mi (s) permiso (s) y / o retirar mi consentimiento en cualquier momento con una notificación por escrito al Distrito. Además, entiendo que esta autorización solo será válida para el año escolar en el que se presente.

Complete este formulario y devuélvalo al maestro de su hijo lo antes posible.

YO, EL PADRE / TUTOR DEL NIÑO AQUÍ NOMBRADO, HE LEÍDO LA INFORMACIÓN IMPRESA ARRIBA Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN / TRABAJO / FOTOS CON RESPECTO A MI NIÑO BAJO LAS CONDICIONES DEL ESQUEMA.

Nombre impreso: _____

Relación con el/la niño/niña: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección de casa: _____

Números de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Para obtener información adicional, comuníquese con su escuela o con el Oficial de Comunicaciones del Distrito al (619) 425-9600 Ext. 1328

El Distrito Escolar Primario de Chula Vista está comprometido a brindar igualdad de oportunidades laborales y de contratación educativa para todos en estricto cumplimiento de todas las leyes y reglamentos estatales y federales. Los programas, actividades y prácticas del Distrito deberán estar libres de discriminación por motivos de raza, color, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, religión, estado civil o parental, discapacidad física o mental, sexo, unión sexual, género, identidad o expresión de género, información genética; la percepción de una o más de tales características, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o recibidas. (Política 0410 de la Mesa Directiva de CVESD). La oficina del Distrito que supervisa el cumplimiento es la Oficina de Apoyo y Servicios de Recursos Humanos, 84 East J Street Chula Vista, CA 91910, teléfono (619) 425-9600, Ext 1340. Cualquier individuo que crea que ha sido víctima de discriminación ilegal en el empleo, empleo, contratación o en un programa educativo puede presentar una queja formal ante la Oficina de Recursos Humanos del Distrito.