



Photograph Release

Child's Name: _____

Parent or Guardian _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

I grant to St. David's Community Health Foundation and St. David's Health Leadership Dental Program (St. David's), and those acting under St. David's authority, permission to use photographs, in color or in black and white, of my child for the purpose of informational and promotional materials for St. David's. I waive the right to approve the finished photographs or the use to which they may be put or the copy used in conjunction therewith as well as my right to any negatives, prints or reproductions of the photographs.

Signed _____ Date _____
(Parent or Guardian)



Permiso para Usar Fotografias

Nombre del Nino(a) _____

Padre or Guardián _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Le doy permiso a la Fundación de Salud del la Comunidad de St. David's (St. David's Community Health Foundation) y del Programa Dental de Salud de St. David's (St. David's Health Leadership Dental Program) y otros bajo de la autoridad de St. David's, el derecho de usar fotografias (de color o de negro y blanco) de mi hijo(a). Las fotos serán usadas para el propósito de materiales informativos y para promociones de St. David's. Renuncio el derecho a lo siguiente: de aprobar las fotografias, de recibir las copias de las fotografias, de obtener negativos, de obtener imágenes fotográficos y de obtener reproducciones de las fotografias.

Firma _____ Fecha _____
(Padre o Guardián)