



**Team HEAL Foundation, Inc.**  
**West LA College**  
9000 Overland Blvd. Bldg. B-1  
Culver City, CA 90230  
Phone: (310) 310-287-7203

**NOTE: YOUR PICTURE WILL NOT BE USED FOR Team HEAL RELATED PUBLICATIONS IF YOU DO NOT RETURN THIS FORM WITH YOUR PARENT'S SIGNATURE!!**

**CONSENT TO PHOTOGRAPH, FILM, OR VIDEOTAPE A STUDENT FOR NON-PROFIT USE**  
(e.g. educational, public service, or health awareness purposes)

Student Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

I hereby consent to the participation in interviews, the use of quotes, and the taking of photographs, movies or video tapes of the Student named above by \_\_\_\_\_.

I also grant to Team HEAL Foundation the right to edit, use, and reuse said products for non-profit purposes including use in print, on the internet, and all other forms of media. I understand that photos may appear in publications or journals. I acknowledge that for the purposes of this study pictures taken of me are most likely to be limited to a before and after picture that would measure my fitness progress. I, too, acknowledge that any quotes or statements I make in connection with the study will remain anonymous. Moreover, I hereby release the Team HEAL Foundation and its agents and employees from all claims, demands, and liabilities whatsoever in connection with the above and Los Angeles Unified School District and Board of Education. Must have parent signature regardless of age.

Signature of Parent/Guardian (regardless of age): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_



**Team HEAL Foundation, Inc.**  
**West LA College**  
9000 Overland Blvd. Bldg. B-1  
Culver City, CA 90230  
Phone: (310) 310-287-7203

**NOTA: SU FOTOGRAFÍA NO SERÁ USADA EN PUBLICACIONES RELACIONADAS CON TEAM HEAL SI USTED NO REGRESA ESTE FORMULARIO FIRMADO POR SUS PADRES.**

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR, FILMAR, O GRABAR AL ESTUDIANTE PARA USO SIN FINES DE LUCRO. (e.g. educacional, servicio público, o con propósitos de conciencia de la salud)**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Por lo presente autorizó la participación en entrevistas, el uso de citas, la toma de fotografías, películas o grabaciones del estudiante nombrado arriba por \_\_\_\_\_.

También concedo a La fundación Team HEAL el derecho a editar, y usar, y reutilizar dichos productos para propósitos sin fines de lucro incluyendo su uso en publicaciones, en la red, y todas las otras formas de medios. Yo comprendo que las fotografías pueden aparecer en publicaciones o diarios. Reconozco que para los propósitos de este estudio, las fotografías tomadas de mí, son más probables a ser limitadas a una fotografía del antes y después cual mediría mi progreso en aptitud. También reconozco que cualquier cita o declaración que haga en relación con el estudio permanecerá anónima. Por otra parte, por lo presente, libero a la Fundación Team HEAL y a sus agentes y empleados de todas las reclamaciones, demandas y responsabilidades en relación con lo anterior y con el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y la Junta de Educación. Debe obtener la firma del padre/madre sin importar la edad.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
(a pesar de la edad)

Domicilio del padre/guardián:  
\_\_\_\_\_