



Clarke County  
School District  
Better Together

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA FOTOSNIDEOS  
DURANTE ESTUDIOS/INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL DISTRITO ESCOLAR

*Favor de escribir en teta de imprenta.*

Voluntariamente autorizo a \_\_\_\_\_  
(investigador/a) a fotografiar o grabar  
en video a mi hijo(a) mientras conduce su investigación o durante su pasantia en el Distrito Escolar del  
Condado de Clarke. Las fotografias y videos seran utilizados unicamente con el propósito de investigar,  
enseñar o capacitar profesionalmente. El titulo del estudio es

\_\_\_\_\_

La investigación se llevara acabo a partir del \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Certifico que soy el padre/tutor del estudiante arriba mencionado y doy permiso para que mi hijo(a) sea  
fotografiado(a) o grabado(a) en video.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**COPIAS DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEBEN ENVIARSE A LA  
ESCUELA DE SU HIJO/A (PARA EL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE) YA LA  
OFICINA RESPONSABLE DEL PROYECTO DE INVESTIGACION ANTES DE QUE EL  
ESTUDIO O PASANTIA SE INICIE.**