



Rochester City School District

PHOTO RELEASE FORM

Please complete and send a copy to the Department of Communications,
Rochester City School District, 131 West Broad Street, Rochester, NY 14614. (Fax: 585-262-8318)

Please check one:

- ☐ **YES**, I consent to the use of my child's name, photo, and/or video image for publicity purposes by the Rochester City School District or other organization as designated by the District.
- ☐ **NO**, I do not want the use of my child's name, photo, and/or video image for publicity purposes by the Rochester City School District or other organization as designated by the District.

PLEASE PRINT

Date _____

Student Name _____

School _____

Age _____ Grade _____ Teacher _____

Name of Parent/Guardian _____

Address _____

Phone Number _____

In case of emergency, please notify:

Name _____

Phone Number _____

Parent/Guardian Signature



DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER
AUTORIZACION PARA USAR FOTO

Favor de completar y de devolver a Department of Communications,
Rochester City School District, 131 West Broad Street, Rochester, NY 14614. (Fax: 585-262-8318)

Favor de marcar uno:

- ☐ **SI**, doy mi permiso para que usen el nombre, la foto y/o la imagen de vídeo de mi hijo(a) con el propósito de publicidad por el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester u otra organización según sea designada por el Distrito.
- ☐ **NO**, no quiero que usen el nombre, la foto y/o la imagen de vídeo de mi hijo(a) con el propósito de publicidad por el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester u otra organización según sea designada por el Distrito.

LETRA DE IMPRENTA

Fecha_____

Nombre de Estudiante_____

Escuela_____

Edad_____ Grado_____ Maestro_____

Nombre del los Padres/Encargado_____

Dirección_____

Número de Teléfono_____

En caso de emergencia, favor de notificar a:

Nombre_____

Número de Teléfono_____

Firma de los Padres/Encargado