



**MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
DEPARTMENT OF EXCEPTIONAL STUDENT EDUCATION
CLINICAL ART THERAPY DEPARTMENT**



Parent Permission for Use of Artwork and Clinical Art Therapy Activities

Use of Artwork:

I hereby give permission for the present and future use, display, photographing of artwork produced, and/or special projects involving independent work connected to art therapy sessions for:

_____ at _____
Student's name School

Artwork, Photographs, Video Tapes and Interviews may be used for the following:

Please Check ☐

- ☐ Documentation of student progress
- ☐ Consultation with other mental health professionals
- ☐ In-county/Out-of-county professional conferences, trainings, and staff development
- ☐ Clinical Art Therapy website or print media
- ☐ Photos/Videos used in the Public Media
- ☐ Professional Publication
- ☐ Exhibition (Public Showing)
- ☐ All of the above

Clinical Art Therapy Activities:

Please be advised that during the year your child may be photographed, videotaped or interviewed at various school sponsored events. With your consent, the photograph, video or interview may be reproduced and released for use by the media, i.e., newspapers, videos, television and through the internet and/or for the above mentioned purposes. Please indicate your preference below.

- ☐ **YES** My child's photograph/video/interview **may** be reproduced and released for use by the media.
- ☐ **NO** My child's photograph/video/interview **may not** be reproduced and released for use by the media.

Please check: My child chooses to remain anonymous: ☐ **YES** ☐ **NO**

I have read and agree to the above authorization and release.

(If under 18 years of age, have parent or guardian complete the following)

PLEASE COMPLETE:

Date: _____ Parent/Guardian's Name: _____
(Please print)

Parent /Guardian Signature: _____

As parent or guardian of the above person, I consent to the above release, and to the uses set forth therein. I am authorized to sign on behalf of the person/student.

Art Therapist's Name: _____ Art Therapist's Signature: _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ESTUDIANTES EXCEPCIONALES
DEPARTAMENTO DE ARTE TERAPIA



Permiso para el uso del Trabajo Artístico de estudiantes y Actividades del Departamento de Arte Terapia

El uso de Trabajo Artístico:

Yo doy permiso para el uso presente y futuro, ya sea para exhibir, fotografiar el trabajo artístico producido, y/o proyectos independientes producidos durante sesiones de arte terapia para:

_____ matriculado/a en _____
Nombre del estudiante Escuela

El trabajo artístico, fotografías, fotografías del trabajo artístico, cintas de vídeo y entrevistas pueden ser utilizadas para lo siguiente:

Por favor marcar las que apliquen al estudiante nombrado: ☐

- ☐ Documentación del progreso del estudiante
- ☐ Conferencias con otros profesionales
- ☐ En y fuera del Condado de Miami-Dade, para clases/instrucciones de desarrollo profesional
- ☐ Pagina cibernetica (Website) de Arte Terapia
- ☐ Fotos/Videos utilizados en medios públicos o comunicación publica imprimida
- ☐ Exhibición en lugares públicos
- ☐ Publicaciones profesionales
- ☐ Todas las mencionadas (arriba)

Las Actividades del Departamento de Arte Terapia:

Por favor, este informado que durante el año su niño puede ser fotografiado, salir en video grabado o entrevistado en eventos relacionados con la escuela. Con su consentimiento, la fotografía, el video o la entrevista pueden ser reproducidos y proveídos para el uso por distintos medios; es decir, periódicos, videos, la televisión e Internet y/o para propósitos ya mencionados. Indique por favor su preferencia abajo.

☐ **SI** La fotografía de mi niño, video, entrevista **puede** ser reproducida y puede ser proveída para el uso de medios de comunicación publica.

☐ **No** La fotografía de mi niño, video, entrevista **no puede** ser reproducida o proveída para el uso de medios de comunicación pública.

Marque por favor: El nombre de mi niño permanecerá anónimo: ☐ **SI** ☐ **NO**

He leído y he corroborado esta autorización.

(Si su hijo/a tiene menos de 18 años de edad, el padre o guardián necesita completar la siguiente)

IMPRIMA EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR

Fecha: _____ Nombre de padre o guardián: _____
(IMPRIMA EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

Firma de padre o guardián: _____

Como padre o guardián del estudiante nombrado, yo consiento al acuerdo establecido. Estoy autorizado a firmar a favor de la persona/estudiante indicado.

Nombre del Arte Terapeuta: _____ Firma del Arte Terapeuta: _____



**MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
DEPARTMENT OF EXCEPTIONAL STUDENT EDUCATION
CLINICAL ART THERAPY DEPARTMENT**



Pèmisyon paran pou sèvi ak desen yo epi aktivite nan klinik terapet

Itilite desen yo:

Mwen bay pèmisyon konye a epi pi devan pou sèvi, etale foto pwodiksyon ev dar kite fèt answit / oubyen pwojè espesyal endepandan ki an rapò ak sesyon terapi desen pou:

_____ nan _____
Non elèv la _____ Lekòl _____

Desen, fotograf, Videyo kasèt ak antrevi ka sèvi pou sitiyasyon ki mansyone anba:

Souple Tcheke ☐

- ☐ Dokimantasyon sou pwogrè elèv la
- ☐ konsilte ak lòt pwofesyonel nan domèn santé sichik
- ☐ konferans pwofesyonèl nankanton an epi nan deyò kanton, aprantisaj e fòmasyon anplwaye
- ☐ sit entènèt pou desen terapet onbyen jounal
- ☐ foto/Videyo ki sévi nan medya piblik
- ☐ Piblikasyon Pwofesyonèl
- ☐ Egzibisyon (egzpozisyon piblik)
- ☐ Tout sak anlè yo

Aktivite nan Klinik terapi desen:

Souple nou avize w okou lane nou ka pran foto, anregistre pitit ou sou videyo oubyen fé antrevi ak li nan diferan aktivite skolè. Ak konsantman ou , fotograf, videyo, ak antrevi gen dwa repwodwi e relache pou sèvi nan medya, pa egzanp jounal, videyo, televizyon, sou entènèt pou rezon nou déjà mansyone anlè a. Souple chwazi preferans anba a.

- ☐ **Wi** Foto pitit mwen/ videyo/ antrevi gen dwa repwodwi pou sèvi nan media.
- ☐ **NOn** Foto pitit mwen/ videyo/ antrevi pa gen dwa repwodwi pou sèvi nan media.

Souple Tcheke: Pitit mwen chwazi pou l rete anonym: ☐ **Wi** ☐ **NOn**

Mwen li enfòmasyon anlè yo epi mwen dakò e bay otorizasyon m pou partaje enfòmasyon yon nan medya. (si ou genyen mwens ke 18 tan , mande paran w moun ki responsab pou w pou ranpli fòmilè a)

Souple ekri an karaktè gras

Dat: _____ Non Paran/Gadyen: _____
(Souple ekri an karaktè gras)

Siyati Paran/Gadyen: _____

Kòm paran oubyen responsab pou mounn ki ekri anwo a, mwen konsanti pou relachman e pou itilite te etabli a. Mwen otorize pou m siyen pou moun sa a /elèv la.

Non Terapet desen: _____ Siyati Terapet desen: _____