



San José State
UNIVERSITY

Connie L. Lurie
College of Education

Permiso De Padres O Guardianes Para Tomar Fotos, Películas,
Vistas Fijas, Videos Y Grabaciones De Los Estudiantes
Matriculados En La Escuela _____.

Nombre del Estudiante: _____

Maestro/a: _____

Grado: _____ Año Escolar: _____

Entiendo que a través de este documento se solicita mi autorización/permiso para filmar, video- o audio-grabar, y/ fotografiar (vistas fijas y/o fotos) a mi hijo/a durante las lecciones, evaluaciones, y actividades de la escuela. Entiendo que las películas, video- y audio-grabaciones, y fotografías tomadas serán usadas por maestros o maestros practicantes que laboran en el salón/aula de mi hijo/a con propósitos educativos. Dichos documentos se usarán solamente para: grabar y evaluar al maestro o maestra practicante, o candidato/a que desea obtener la credencial para enseñar, y que enseñan en el salón/aula donde está mi hijo/a.. Entiendo que profesores de la Universidad Estatal de San José (SJSU) usarán dichos documentos como parte del proceso de evaluación de candidates que desean obtener su credencial para enseñar, como requiere la ley estatal para la certificación de maestros/docentes

___ Sí, otorgo mi consentimiento/autorización/permiso

___ No, niego mi consentimiento/autorización/permiso

One Washington Square
San José, CA 95192-0071
Voice: 408-924-3600
Fax: 408-924-3713
<http://www1.coe.sjsu.edu>

Nombre del Padre o la Madre, o
Guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____

The California State University:
Chancellor's Office
Bakersfield, Chico, Dominguez Hills,
Fresno, Fullerton, Hayward, Humboldt,
Long Beach, Los Angeles, Maritime Academy,
Monterey Bay, Northridge, Pomona,
Sacramento, San Bernardino, San Diego,
San Francisco, San José, San Luis Obispo,
San Marcos, Sonoma, Stanislaus

Después de firmar, favor de devolver al maestro o a a maestra de su hijo/a.
Muchas gracias.