



¿Su niño tiene cualquier educación especial o necesidades físicas? Es muy importante que seamos conscientes de este hecho con el fin de que el maestro puede trabajar con usted y con su niño.

Sí  No  Si la respuesta es sí, por favor da el nombre del niño, el grado y explicar:

---

---

¿Su niño(s) toma la medicación regularmente que debemos ser conscientes?

Sí  No  Si la repuesta es sí, por favor, da el nombre del niño, el grado y explicar:

---

---

---

### DIÓCESIS CATÓLICA DE ARLINGTON

#### FOTO, PRENSA, AUDIO, Y COMUNICADO A LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS

Yo autorice a **la Diócesis Católica de Arlington**, las parroquias y/o las escuelas para usar y publicar las fotografías y/o imagen en movimiento o vídeo para que mi hijo/a(s) han planteado.

Estoy de acuerdo en que **la Diócesis Católica de Arlington**, las parroquias y/o las escuelas pueden utilizar dichas fotografías de mi hijo/a(s) con o sin su nombre y para cualquier fin lícito, incluyendo por ejemplo los efectos de publicidad, ilustración, boletín, y el contenido de la Web.

He leído y comprendido todo lo anterior:

Firma \_\_\_\_\_

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

For Office use only: Total\$ Due \_\_\_\_\_ Paid \_\_\_\_\_ Cash \_\_\_\_\_ Check# \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---