

**Taller de Cantantes y Actores del Pacifico**  
*(Pacific Singers and Actors Workshop)*  
**Permiso del Acudiente/Representante Legal**

El estudiante (niño/niña) \_\_\_\_\_ cuenta con mi permiso para participar en cualquier actividad organizada por el Taller de Cantantes y Actores del Pacífico, incluyendo sin limitaciones: clases, ensayos musicales, conciertos y toda actividad relacionada con los mismos. Entiendo que el estudiante tendrá que llenar un cuestionario en la primera y novena semana de actividades, donde se incluirán preguntas donde se evalúa el porqué el alumno está participando en las clases y también se evaluarán la experiencia y proceso en general.

Yo exoneró al Taller de Cantantes y Actores del Pacifico y a cualquiera de sus empleados, contratistas o asistentes de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de estas actividades. También entiendo que hay riesgos inherentes a la participación del alumno en cualquiera de las actividades extracurriculares después de la escuela y seré responsable de dar instrucciones apropiadas a mi hijo/hija para actuar con cuidado y precaución durante su participación en las clases.

Entiendo que Taller de Cantantes y Actores del Pacifico, sus empleados, contratistas y asistentes son responsable de mi hijo/a únicamente durante las actividades indicadas en horarios determinados previamente y no es responsable de mi hijo/a antes o después de que él /ella llega o sale del edificio donde estas actividades se llevan a cabo.

También entiendo y apruebo que mi hijo/a se compromete a asistir a las 10 clases durante el semestre, a menos que tenga una excusa válida de la escuela del día en cuestión.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

**Permiso o Consentimiento para tratamiento médico para menores de edad**  
*(Pacific Singers and Actors Workshop)*

Yo, el/la abajo firmante, acudiente y/o representante legal de \_\_\_\_\_, menor de edad, autorizo con la presente que mi hijo/hija puede ser tratado/a médicamente en caso de emergencia para exámenes de rayos X, anestesia, tratamiento médico o quirúrgico, hospitalización y cuidados médicos que sean sugeridos o requeridos por un médico o cirujano licenciado. Dicho tratamiento se realizará en el consultorio de dicho médico o cirujano en el hospital o unidad medica autorizada.

Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico requerido. Se da para proporcionar autoridad y poder por parte de un médico para llevar a cabo dicho tratamiento o la atención hospitalaria que se considere aconsejable en caso de una emergencia médica.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Contacto en caso de Emergencia (Nombre y número telefónico)

Nombre

Numero telefonico

**Permiso de prensa y material relacionado**  
*(Pacific Singers and Actors Workshop)*

Yo, \_\_\_\_\_, acudiente y/o representante legal de \_\_\_\_\_, autorizo al Taller de Cantantes y Actores del Pacífico y todas sus subsidiarias, filiales, licenciarios y beneficiarios, el derecho a utilizar el nombre e imagenes de \_\_\_\_\_ con motivos de publicidad, promocionales, videos, grabaciones de audio, o cualquier otro tipo de publicidad o material que Taller de Cantantes y Actores del Pacífico consideren necesario en su beneficio.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_