



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Carlson Home/Hospital School
10952 Whipple Street
North Hollywood, CA 91602
Telephone: (818) 509-8759
Facsimile: (818) 505-0246

Joe Salvemini
Principal

Ramon C. Cortines
Superintendent of Schools

Dr. Shelley Weston
Assistant Superintendent
Secondary Instruction

Janice Davis
Director, High School Programs

Jack Bagwell
Elementary Director, Local District 2

Estimado padre, madre o tutor:

Le pedimos que nos permita fotografiar a su hijo(a) con su maestro a domicilio. Esto es exclusivamente para el uso del personal de nuestro programa de Instrucción a Domicilio o en el Hospital. Durante los últimos años les hemos sacado fotografías a nuestros maestros a domicilio cuando trabajan con sus alumnos y las hemos utilizado en charlas con las enfermeras, los asistentes sociales y los médicos de los hospitales de nuestra zona. Nos piden que les describamos nuestro programa a muchos integrantes del personal de las entidades múltiples con el fin de explicarles los diferentes tipos de servicios a disposición de los alumnos de todo el LAUSD. Además, se podrían utilizar estas fotografías como parte de nuestros esfuerzos continuos por reclutar maestros para el programa. Las fotografías NO se divulgarán a ninguna entidad exterior ni a otras escuelas.

Esperamos que a usted le entusiasme la idea de ayudarnos a correr la voz acerca de nuestro programa y que desee la inclusión de su hijo(a) en actividades de esta clase. Sin embargo, la participación en este programa no es obligatoria.

Atentamente,

Joe Salvemini, Director

AUTORIZACIÓN DEL PADRE O LA MADRE PARA FOTOGRAFIAR A SU HIJO(A)

____ Sí, autorizo que se utilice la fotografía de mi hijo(a) con los fines mencionados. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que se anule por escrito o mediante notificación oral a la administradora.

____ No, no autorizo que se fotografíe a mi hijo(a).

Nombre y apellido del (de la) alumno(a)

Firma del padre, madre o tutor

Fecha