



Extension
UNIVERSITY OF WISCONSIN-MADISON



PHOTO RELEASE PERMISSION FORM

_____ I recognize and acknowledge that the University may record **my** participation and appearance on any recorded medium including, but not limited to video, audio, photos (collectively, "recordings") for use in any form (including, but not limited to print, websites, blogs, internet, and social media). I authorize such recording and release the University and other organizations such as the WI DNR, Xerces Society, Wisconsin Sea Grant, Rural Partnership Institute, National Science Foundation, Sea Tow and/or US Ski and Snowboard Central Cross Country Skiing to use my name, likeness, voice, and biographical material to exhibit or distribute such recordings in whole or in part without restrictions or limitations for any educational or promotional purpose. Photos will only be released to third parties if you have participated in programing that they have supported.

_____ I recognize and acknowledge that the University may record **my child's** participation and appearance on any recorded medium including, but not limited to video, audio, photos (collectively, "recordings") for use in any form (including, but not limited to print, websites, blogs, internet, and social media). I authorize such recording and release the University and other organizations such as the WI DNR, Xerces Society, Wisconsin Sea Grant, Rural Partnership Institute, National Science Foundation, Sea Tow and/or US Ski and Snowboard Central Cross Country Skiing to use my name, likeness, voice, and biographical material to exhibit or distribute such recordings in whole or in part without restrictions or limitations for any educational or promotional purpose. Photos will only be released to third parties if you have participated in programing that they have supported.

_____ I do not give permission for myself to be recorded.

_____ I do not give permission for my child to be recorded.

Print Name: _____ Date: _____

Minor child's name (if applicable): _____

Email Address: _____

Phone: _____

Signature: _____

Please sign and return this form to your group leader.

Name of Group:

Date of Visit:



Extension

UNIVERSITY OF WISCONSIN-MADISON



UPHAM
WOODS

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL USO DE FOTOGRAFÍAS

_____ Reconozco y acepto que la Universidad puede grabar **mi participación** y aparición en cualquier medio, incluyendo, entre otros, video, audio y fotos (colectivamente, "grabaciones") para su uso en cualquier formato (incluyendo, entre otros, impresos, sitios web, blogs, internet y redes sociales). Autorizo dicha grabación y autorizo a la Universidad y a otras organizaciones como el Departamento de Recursos Naturales de Wisconsin (WI DNR), la Sociedad Xerces, Wisconsin Sea Grant, el Instituto Rural Partnership, la Fundación Nacional de Ciencias, Sea Tow y/o US Ski and Snowboard Central Cross Country Skiing a usar mi nombre, imagen, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichas grabaciones, total o parcialmente, sin restricciones ni limitaciones, con fines educativos o promocionales. Las fotos solo se compartirán con terceros si usted ha participado en programas que ellos han apoyado.

_____ Reconozco y acepto que la Universidad puede grabar la participación y la aparición de **mi hijo/a** en cualquier medio, incluyendo, entre otros, video, audio, fotos (colectivamente, "grabaciones") para su uso en cualquier formato (incluyendo, entre otros, impresos, sitios web, blogs, internet y redes sociales). Autorizo dicha grabación y autorizo a la Universidad y a otras organizaciones como el Departamento de Recursos Naturales de Wisconsin (WI DNR), la Sociedad Xerces, Wisconsin Sea Grant, el Instituto de Asociación Rural, la Fundación Nacional de Ciencias, Sea Tow y/o US Ski and Snowboard Central Cross Country Skiing a usar mi nombre, imagen, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichas grabaciones, total o parcialmente, sin restricciones ni limitaciones, con fines educativos o promocionales. Las fotos solo se compartirán con terceros si su hijo/a ha participado en programas que ellos han apoyado.

_____ No autorizo que me graben.

_____ No autorizo que graben a mi hijo/a.

Escriba su nombre con letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre de su hijo/a menor de edad: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Por favor firme y mande este formulario al líder del grupo.

Nombre del grupo: _____

Fecha(s) de visitar: _____