



Formulario de Permiso para cortar el Pelo

Yo, _____, el tutor legal de, _____, (el paciente) doy "EAMF" (Elizabeth A. MacDonald Charitable Foundation) permiso para que el pelo de el o ella sea cortado por un peluquero con licencia. El corte de pelo es gratuito. Entiendo que los cortes de pelo son subjetivos y no resultado particular está garantizado, aunque las peticiones de los padres (tutor) serán tomadas en cuenta de la mejor manera posible.

Yo doy permiso para que las fotografías tomadas durante este corte de pelo se pueden utilizar solamente para uso promocional de eamf.org, EAMF y del programa Choose When 2 Lose Elije cuando perder en Facebook y otro materiales de mercadeo publicidad. (En ningún momento EAMF identificara al niño (a) por su nombre, el hospital o el diagnóstico.)

Entiendo que, _____ (hospital) y miembros del personal que participen son exonerados/libres de cualquier o toda responsabilidad originada de esta actividad.

Entiendo que EAMF y los voluntarios que participen también serán exonerados/libres de cualquier o toda responsabilidad originada de esta actividad.

Fecha: _____

Guardián: _____

Dirección: _____

EAMF Seguidor: _____



Elizabeth A. MacDonald Charitable Foundation

7095 Hollywood Blvd. #490 • Hollywood, CA 90028 • 855.687.EAMF (3263) • www.eamf.org