



RELEASE AND CONSENT FORM

Clarke Schools for the Hearing and Speech (“Clarke”) demonstrates unconditional respect for each child’s and family’s well-being without regard to differences. In partnership with families, program curriculum maximizes learning and development of the whole child, including listening and spoken language, speech, literacy, cognition, social-emotional, physical, and academic skills. The developmentally appropriate curriculum is goal-oriented and based on current research and evidence-based practices. It intentionally brings the skills of listening and talking to the family’s natural routines and daily schedule, incorporating time and materials for play, self-initiated learning, individual and group interaction, and creative expression.

Clarke’s program facility provides observation areas or spaces with video cameras or audio capability designated as available for observation by families, professionals, donors, and the greater community.

I, the undersigned being the parent or guardian for the student listed below, do hereby give my permission and my consent to Clarke to use my child’s name, words, and images and for my child to be photographed, video/audio recorded, or live streamed (each a “Recording”). I agree that Clarke may use these Recordings and my child’s information to allow for observations of students for the purposes of evaluating students, professional development and teachers’ performance evaluations, mentor training for individuals who support families and their children with hearing loss who use listening and spoken language to communicate and learn, and for observation of students by Clarke’s families and donors. Clarke supports direct service observations via live and recorded video.

Please indicate your answer by checking: **YES** or **NO**

Student’s Name

Printed Name of Parent/Guardian

Relationship to Student

Signature of Parent or Guardian

Date

Street Address

City

State

Zip

Phone: (home)

(work)

(cell)

Parent/Guardian Email address



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Clarke Schools for the Hearing and Speech ("Clarke") demuestra respeto incondicional por el bienestar de cada niño y familia sin importar las diferencias. En colaboración con las familias, el currículo del programa maximiza el aprendizaje y el desarrollo del niño(a) en su totalidad, incluyendo la comprensión auditiva y el lenguaje hablado, el habla, la alfabetización, la cognición, las habilidades socioemocionales, físicas y académicas. El currículo apropiado para el desarrollo está orientado a objetivos y se basa en investigaciones actuales y prácticas basadas en evidencia. Trae intencionalmente las habilidades de escuchar y hablar a las rutinas naturales y el horario diario de la familia, incorporando tiempo y materiales para el juego, el aprendizaje por iniciativa propia, la interacción individual y grupal y la expresión creativa.

Las instalaciones del programa de Clarke brindan áreas o espacios de observación con cámaras de video o capacidad de audio designados como disponibles para la observación por parte de familias, profesionales, donantes y la comunidad en general.

Yo, el abajo firmante que son los padres o tutor del estudiante que se menciona a continuación, por la presente doy mi permiso y mi consentimiento a Clarke para usar el nombre, las palabras y las imágenes de mi hijo(a) y para que mi hijo(a) sea fotografiado, grabado en video/audio o en transmitido en vivo (cada uno una "Grabación"). Estoy de acuerdo que Clarke puede usar estas Grabaciones y la información de mi hijo(a) para permitir la observación de los estudiantes con el fin de evaluar a los estudiantes, el desarrollo profesional y las evaluaciones de rendimiento de los maestros, capacitación de mentores para las personas que apoyan a las familias y a sus hijos con pérdida auditiva que usan la escucha y lenguaje hablado para comunicarse y aprender, y para la observación de los estudiantes por parte de las familias y los donantes de Clarke. Clarke está a favor de observaciones de servicio directo a través de video en vivo y grabado.

Por favor indique su respuesta con un
Círculo: SI o NO

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre/Madre/Tutor

Relación al Estudiante

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: (hogar)

(trabajo)

(celular)

Padres/Tutor Correo Electrónico