# cid:image001.jpg@01D1A6D8.4E8598A0

## CENTER FOR LIFELONG LEARNING

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

## 333 Cheesequake Road, Parlin, New Jersey 08859 (732) 727-3736 Fax (732) 727-3756

**Mary Beth Conley Mike Kane Antoinette Nicholasi**

Principal Vice Principal Vice Principal

###### CONSENT FOR VIDEOTAPING

**Please return to the school office**

STUDENT’S NAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Please Print)**

Dear Parents/Guardian:

Videotaping provides opportunities for your child to view student participation in school

activities, to monitor self-improvement on I.E.P. goals, and to produce theater arts

activities. The video may be shown to the district’s Child Study team.

In addition, videotaping a teacher or therapist using a teaching or therapeutic technique

with your child can be an effective teaching method and may be used in staff

trainings.

I give permission for my son/daughter to be videotaped in school.

**I understand and agree that this permission will be in effect throughout my child’s**

**enrollment. Please let us know in writing if at any time you wish to rescind this**

**consent.**

I **GIVE** permission for videotaping:

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_

I **DO NOT** give permission for videotaping:

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_

******

***CENTER FOR LIFELONG LEARNING***

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

**333 Cheesequake Road, Parlin, New Jersey 08859 (732) 727-3736 Fax (732) 727-3756**

**Mary Beth Conley Michael Kane Antoinette Nicholasi**

**Principal Vice Principal Vice Principal**

**CONSENTIMIENTO PARA GRABAR**

(Por favor regrese a la oficina de la escuela)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Por favor imprimir)

Estimados padres / tutor:

Grabación en vídeo ofrece oportunidades a su hijo para ver la participación de los estudiantes en la escuela actividades, para monitorear la auto-mejora en las metas I.E.P., y para producir las artes teatrales ocupaciones. El vídeo se puede mostrar al equipo de estudio del niño del distrito.

Además, grabar a un maestro o terapeuta utilizando una enseñanza o técnica terapéutica con su hijo puede ser un método de enseñanza eficaz y puede ser utilizado en el personal capacitaciones.

Doy permiso para que mi hijo / hija a ser grabado en vídeo en la escuela.

Entiendo y acepto que este permiso estará vigente a lo largo de mi hijo

inscripción. Por favor, háganos saber por escrito si en algún momento desea dejar sin efecto esta consentimiento.

Doy permiso para grabar en vídeo:

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_

=================================================================

NO DOY permiso para grabar en vídeo:

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_