



Talent Release/Waiver for minors and children under the age of 18

I, the undersigned, on behalf of the minor child named below, do hereby consent to the use by The Board of Trustees of the University of Illinois (“University”) of the minor’s image, voice, or both described below, in (1) the video, photograph, or audio recording described below; and (2) any video, photograph, or audio recording reproduced either in whole or in part from the video, photograph or audio recording described below: regardless of whether these materials are used for fundraising, advertising, publicity, or any other purpose on behalf of either the University or its Foundation. I warrant that I have the full right and authority to grant this consent.

In addition, I waive all claims to compensation or damages based on the use of image or voice, or both, of the named minor, by either the University or the Foundation.

I also waive any right to inspect or approve the finished photograph or video or audio recording. I understand that this consent is perpetual, that I may not revoke it, and that it is binding on me, my heirs and assigns.

I warrant that I am at least 18 years of age and that I am competent in my own name insofar as this consent is concerned, and that I am the parent or legal guardian authorized to sign on behalf of a person under age 18. I further attest that I have read this consent form and fully understand its contents.

The Undersigned represents my photo/video/photo/audio release: of the following:

.....
Printed Name of Minor Child:

.....
Printed Name of Consenting Adult:

.....
Signature of Consenting Adult:

CONSENT TO PHOTOGRAPH AND/OR VIDEO TAPE

I hereby give permission for Memorial Hospital, Memorial Medical Clinics, Hickory Grove Apartments, Maple Grove Memory Care, West Central Illinois AHEC, and Willow Grove Child Care and Learning Center to have photographs/ videos taken of:

Employee/Intern/Student: _____ Date: _____

I _____, hereby authorize Memorial Hospital and/or Memorial Medical Clinics to take photographs, video or direct transmissions of me as an employee/intern/student of Memorial Hospital/ Memorial Medical Clinic.

I understand that the photographs/videos could be used for the following purposes.

- Education and training of Memorial healthcare professionals, administrators, and students
- Patient and/or family education
- Publication or broadcast by the news media
- For external or internal publications or presentations

I authorize the modifications or retouching of said video tapes/photographs, and the publication or information relating to the publication of video tapes/ photographs taken of me.

This consent is given with the knowledge that there will be no opportunity to review or approve the finished product prior to its use.

Signature of Employee _____ Date

Signature of Student _____ Date

Signature of Parent (if student is under age 18) _____ Date

Formulario de Consentimiento, Autorización, y Liberación para el Uso de los Medios de Comunicación para las Personas Menores de 18 Años

Yo, el abajo firmante, de parte de la persona menor identificada abajo, doy mi consentimiento por la presente a la Junta Directiva de la Universidad de Illinois (“Universidad”) de usar la imagen, la voz, o ambas formas descritas abajo, de la persona menor identificada abajo, en 1) el video, la fotografía, o la grabación de sonido descrito abajo; y 2) cualquier video, fotografía, o grabación de sonido, producido en parte o en su totalidad del video, fotografía, o grabación de sonido descrito abajo: independientemente del uso de este material para la recaudación de fondos, la propaganda, la publicidad, o cualquier propósito de parte de la Universidad de Illinois o de la Fundación de la Universidad de Illinois. Yo garantizo que tengo todo el derecho y la autoridad de otorgar este consentimiento.

Además, yo renuncio todos los reclamos a la compensación o los daños y perjuicios basados en el uso de la imagen, la voz, o ambas formas, de la persona menor identificada abajo, por la Universidad de Illinois o por la Fundación de la Universidad de Illinois.

Igualmente, yo renuncio el derecho a inspeccionar o aprobar la fotografía, el video, o la grabación de sonido una vez finalizado. Yo entiendo que este consentimiento es perpetuo, que no puedo revocarlo, y que es un formulario vinculante para mí, mis herederos, y mis beneficiarios.

Yo garantizo que soy mayor de 18 años y que soy competente y capaz de decidir en mi nombre este consentimiento, y que soy el padre/la madre o el tutor/la tutora legal autorizado/a para firmar de parte de la persona menor de 18 años. Además, yo testifico que he leído este formulario de consentimiento y que entiendo su contenido por completo.

El abajo firmante representa la renuncia de la fotografía/el video/la grabación de sonido de lo siguiente:

.....
Nombre de la persona menor en letra de molde:

.....
Nombre del firmante en letra de molde:

.....
Firma del adulto que da consentimiento: