

# Use of Likeness Agreement

I \_\_\_\_\_ hereby grant to the California Department of Public Health (CDPH) Nutrition Education and Obesity Prevention Branch (NEOPB) full and complete rights to use my likeness for Print/Outdoor/TV/Web/Radio communications for the purpose of promoting healthy eating and physical activity. Any digital media captured is the exclusive property of CDPH NEOPB and will not be sold.

I waive any and all claims for future payments or royalties for the use, reuse or republication of my photograph, picture, image or voice. I waive any right to inspect or approve the finished product.

I understand the terms of usage stated above and agree to and authorize these terms with my signature below.

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Name (please print) \_\_\_\_\_

CDPH Photographer/Title \_\_\_\_\_

Ty Johnson:

Galen Ramos:

Other: \_\_\_\_\_

## Parent/Guardian Minor Consent

*If the person signing is under the age of 18, consent should be given by parent or guardian, as follows:*

I \_\_\_\_\_ hereby warrant I am the parent/guardian of \_\_\_\_\_, a minor, and have full authority to authorize the above release which I have read and approved.

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

CDPH Representative \_\_\_\_\_



# Contrato de Uso de Imagen

Yo, \_\_\_\_\_ otorgo a la División de Educación sobre Nutrición y Prevención de la Obesidad (NEOPB) del Departamento de Salud Pública de California (CDPH) los derechos completos de utilizar mi imagen para las comunicaciones impresas / al aire libre / TV / web / radio con el fin de promover una alimentación saludable y física actividad. Cualquier medio digital capturado es propiedad exclusiva de CDPH NEOPB y no se venderá.

Renuncio a todos y cada uno de los reclamos de pagos o regalías futuros por el uso, reutilización o publicación de mi fotografía, foto, imagen o voz. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado.

Entiendo los términos de uso mencionados anteriormente y acepto y autorizo estos términos con mi firma a continuación.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre (en letra completa) \_\_\_\_\_

Representante de CDPH \_\_\_\_\_

## Consentimiento de Padres/ Guardianes Para Menores

*Si la persona que firma es menor de 18 años,  
el padre o tutor debe dar su consentimiento de la siguiente manera:*

Yo, \_\_\_\_\_ aseguro que soy el padre / guardián del menor,  
\_\_\_\_\_ y tengo la autoridad para a

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Representante de CDPH \_\_\_\_\_

