Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre completo del tutor/a legal),

RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de tutora o tutor legal de   
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre completo menor), RUN   
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo voluntariamente a la Asociación de Guías y Scouts de Chile (AGSCh) y a sus representantes, personas voluntarias y/o personal remunerado autorizados por esta, a capturar, difundir, reproducir y utilizar la imagen y la voz del menor en fotografías, videos, grabaciones u otros medios visuales o sonoros.

Esta autorización incluye el uso de la imagen y la voz de la persona menor de edad para promover, difundir y documentar las actividades, eventos y programas de la AGSCh. La imagen y voz podrán ser utilizadas en materiales informativos, educativos, promocionales, comerciales o para cualquier otro fin que la AGSCh estime conveniente, sin limitación de tiempo o de territorios. Esto incluye, pero no se limita a, impresiones, fonogramas, publicaciones digitales, sitios web, redes sociales y otros medios o plataformas, actuales o futuros.

Declaro que la o el menor ha sido informado sobre esta autorización, que asiente y se encuentra de acuerdo con la utilización de su imagen y voz.

Reconozco y acepto que la AGSCh tiene el derecho de editar, modificar, adaptar y alterar el material audiovisual, fonográfico y gráfico de acuerdo con sus necesidades, respetando siempre los principios de moral y buenas costumbres. Entiendo que la AGSCh puede optar por no utilizar el material capturado o utilizar solo una parte de este, y que no tengo derecho a recibir compensación económica alguna por el uso de dicho material. Aunque la autorización es amplia, tengo el derecho de solicitar la eliminación de la imagen y voz de la persona menor de edad de futuros materiales mediante notificación escrita a quien corresponda en la AGSCh (Nivel Grupal, Distrital, Zonal o Nacional), quien procederá a efectuar la eliminación en un plazo razonable.

Declaro que he leído y comprendido en su totalidad el contenido de este documento y confirmo que soy la tutora o el tutor legal, de la persona menor de edad mencionada, con la capacidad legal para otorgar esta autorización.

Fecha: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma