



Concurso 420 Remix 2025 AIP Formulario de Inscripción

SE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO PARA CADA PARTICIPANTE DE LA INSCRIPCIÓN

Objetivo del concurso: Crear un mensaje efectivo con una imagen o video digital destinado a prevenir que los jóvenes consuman marihuana utilizando normas sociales positivas en contra del consumo de marihuana.

Instrucciones: Los jóvenes pueden trabajar individualmente o en equipo para presentar una entrada. Cada joven debe completar un Formulario de Inscripción y un Formulario de Liberación, y enviarlos con la entrada digital a info@northcoastalpreventioncoalition.org con el Título del Asunto: Participación en el *Concurso AIP* antes del viernes 21 de marzo de 2025 y a las 11:59 p.m.

La imagen digital debe ser uno de los siguientes formatos, PDF/JPEG/PNG y tamaño de formato (2592 x 864 píxeles O 5292 x 1404 píxeles) O un video de 30 segundos en formato MP4. Las inscripciones no pueden incluir material protegido por derechos de autor, a menos que ya se haya obtenido el permiso. Tenga en cuenta los elementos protegidos por derechos de autor, como la música, los nombres de marcas y los iconos, los logotipos de sombreros, ropa, coches, ordenadores y carteles.

Yo, _____, por la presente declaro que todas las imágenes, incluida la música y las imágenes, son material creado originalmente, o que he obtenido el permiso legal adecuado para usar el material protegido por derechos de autor de otra persona. Las inscripciones serán nulas si están incompletas, atrasadas, perdidas, dañadas o no visibles debido a un error técnico. Todas las inscripciones pasarán a ser propiedad de North Coastal Prevention Coalition y Vista Community Clinic. Doy permiso a la Coalición de Prevención de la Costa Norte y a la Clínica Comunitaria de Vista para usar cualquier nombre, fotografía e imagen digital o presentación de video con fines publicitarios, publicitarios y de promoción. Permiso a North Coastal Prevention Coalition y Vista Community Clinic el derecho de reproducir y usar mi PSA en toda la comunidad. Entiendo que mi participación no será devuelta. Entiendo que el uso de materiales protegidos por derechos de autor sin permiso es una violación de las reglas del concurso, y adjuntaré permiso de derechos de autor a mi presentación si corresponde. Soy consciente de que al enviar este anuncio de servicio público, acepto cumplir con todas las reglas y regulaciones del concurso.

Nombre	_____	Edad	_____
Escuela	_____	Grado	_____
Coreo Electrónico	_____		
Teléfono	_____		

Para obtener información: <https://northcoastalpreventioncoalition.org/420-remix/> o envíe un correo electrónico a info@northcoastalpreventioncoalition.org

El concurso 420 Remix PSA es posible gracias a la financiación de la Iniciativa de Comunidades Libres de Drogas de Oceanside.

Por favor marque uno:

Entrada individual Entrada de grupo, nombre del grupo _____

Nombre del ESTUDIANTE	
ESCUELA/ORGANIZACIÓN:	
Material protegido por derechos de autor	¿Se utilizaron materiales protegidos por derechos de autor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿se obtuvo el permiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Por favor, adjunte permiso por escrito al Formulario de Inscripción</i>
Tipo de PSA (marque uno)	<input type="checkbox"/> Imagen Digital <input type="checkbox"/> Video
TÍTULO DEL ANUNCIO DE SERVICIO:	
SIGNIFICADO O INSPIRACIÓN (200 palabras o menos) ¿Cuál es el significado o inspiración de tu entrada y qué mensaje esperas que envíe?	

Al firmar a continuación, reconozco que esta presentación es una obra de arte original para este concurso y fue desarrollada por jóvenes en los grados 6-12 que asisten a una escuela en el condado de San Diego de acuerdo con las instrucciones del Concurso de PSA 420 Remix de la Coalición de Prevención de la Costa Norte / Vista Community Clinic; y acepto cumplir con todas las reglas y regulaciones del concurso; y acepto completar y proporcionar todos los formularios y documentos necesarios según sea necesario, incluido el formulario de autorización de foto/imagen y el formulario de reconocimiento de derechos de autor.

Firma Juvenil: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Si es menor de 18 años, el padre/tutor debe firmar.

Formulario de autorización

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE LA IMAGEN DEL PARTICIPANTE EN VIDEO, IMÁGENES FOTOGRÁFICAS E INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____, autorizo a North Coastal Prevention Coalition, Vista Community Clinic y sus afiliados, subsidiarias, divisiones, miembros, directores, funcionarios, agentes, empleados y contratistas independientes (denominados colectivamente en este documento "VCC"), a usar y divulgar mi imagen en fotografías y/o secuencias de video tomadas de mí y para revelar información de salud protegida sobre mí, incluido mi nombre, edad, participación en programas y eventos en marketing promocional, proyectos instructivos o educativos ("proyectos") que muestran cómo los programas de VCC y la Coalición de Prevención de la Costa Norte ayudan a las personas en toda su área de servicio.

Los Proyectos pueden ser divulgados a agencias gubernamentales, donantes corporativos o individuales, fundaciones y al público en general, y pueden incluir, entre otros: videos, boletines, sitios web, informes, folletos, comunicados de prensa, presentaciones, exhibiciones, exhibiciones., presentaciones de PowerPoint, actividad en las redes sociales, informes anuales, solicitudes, actividades de recaudación de fondos y cartas de apelación. Renuncio a cualquier derecho de compensación o propiedad de dichas fotografías (imágenes) y/o secuencias de video tomadas de mí.

Esta autorización puede revocarse en cualquier momento si la notificación de dichas revocaciones se envía por escrito a Vista Community Clinic. Dicha revocación puede entregarse personalmente o enviarse por correo a Vista Community Clinic en 1000 Vale Terrace Vista, CA 92084. Entiendo que no podré revocar mi autorización si VCC ya ha eliminado mi imagen o mi información de salud protegida de Proyectos. revelado.

Entiendo que fotografías (imágenes) y/o videos míos y otra información de salud protegida sobre mí pueden usarse en sitios de redes sociales y que, una vez publicadas en Internet, dichas imágenes e información son casi imposibles de recordar.

Por favor ponga sus iniciales aquí: _____

Soy consciente de que VCC puede recibir una remuneración directa o indirecta en relación con el uso o divulgación de mi imagen e información sobre mí para los fines aquí establecidos.

Entiendo que VCC no puede exigirme que firme esta autorización para poder participar en programas, que mi firma en esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Soy consciente de mi derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

**Nota: Esta autorización se refiere tanto al uso interno de VCC como al uso externo de VCC.*

Firma Juvenil: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____