



BROWNSVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

DEPARTMENT OF LIBRARY & MEDIA SERVICES

134 Westlawn Park Dr. • Brownsville, Texas 78520

(956) 698-0170 Fax (956) 982-3887

Parental Permission for Student Viewing of Video

School Name: _____ Course/ Subject: _____

Date of Viewing: _____ Name of Teacher: _____

Contact Information: _____ or _____
(Phone) (Email)

Dear Parent,

A video requiring parental consent will be viewed as part of your child's instructional program. Please review the information below and let us know if we have your consent by signing at the bottom.

Name of Video: _____

Motion Picture Association of America Rating:

____ **PG - Parental Guidance Suggested. Some Material May Not Be Suitable For Children.** A PG-rated motion picture should be investigated by parents before they let their younger children attend. The PG rating indicates, in the view of the Rating Board, that parents may consider some material unsuitable for their children, and parents should make that decision.

____ **PG-13 - Parents Strongly Cautioned. Some Material May Be Inappropriate For Children Under 13.** A PG-13 rating is a sterner warning by the Rating Board to parents to determine whether their children under age 13 should view the motion picture, as some material might not be suited for them.

Description of contents which a parent may find unsuitable: _____

Please review the above video information. I have reviewed the video and believe the following educational purpose supports your child's learning: _____

Teacher Signature

Date

I concur with the Teacher. If you have any questions please do not hesitate to contact your child's teacher or myself. Please return this form to us as soon as possible. All students that do not have permission to view the video will be assigned the following alternative assignment: _____

Principal Signature

Date

I give permission for my child _____ to view the Video.
(Printed name of student)

Parent Signature

Date

Contact number

BISD does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age, disability or genetic information in employment or provision of services, programs or activities.



BROWNSVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
DEPARTMENT OF LIBRARY & MEDIA SERVICES
134 Westlawn Park Dr. • Brownsville, Texas 78520
(956) 698-0170 Fax (956) 982-3887

Permiso de los padres para que el estudiante pueda ver un video.

Nombre de la Escuela: _____ Curso/ Tema: _____

Fecha de Presentación: _____ Nombre del Maestro: _____

Para mayor Información: _____ o _____
(Teléfono) (Correo Electrónico)

Estimado Padre,

Se requiere de su aprobación para que su hijo(a) observe un video que será presentado como parte del programa educativo. Por favor revise la siguiente información y firme esta forma si tenemos su consentimiento.

Nombre del Video: _____

Clasificación de la Asociación de Películas de América:

___ **PG - Se Sugiere La Guía De Sus Padres. Algún Material No Es Adecuado Para Niños.** Una película clasificadas PG debería ser investigada por padres antes de que dejen a sus hijos(as) menores asistir. La clasificación PG muestra, en la perspectiva de la Junta Directiva que Evalúa, que padres pueden considerar algún material inadecuado para sus hijos(as), y los padres deberían hacer esa decisión.

___ **PG-13 - Se Advierte Seriamente a Los Padres. Algún material puede ser inapropiado para niños menores de 13.** Una clasificación PG-13 es una advertencia más severa por la Junta Directiva que Evalúa para que los padres puedan determinar si sus hijos(as) menor de 13 años de edad debería ver la película, ya que algún material pudiera no sería apropiado para ellos.

Descripción del contenido que un padre puede considerar inadecuado: _____

Por favor revise la información anterior acerca del video. He revisado el video y creo que contiene el siguiente material con propósito educativo: _____

Firma del Maestro

Fecha

Estoy de acuerdo con el/la Maestro(a). Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en comunicarse con el/la maestro(a) de su hijo o conmigo. Por favor regrese esta forma tan pronto como sea posible. Todos los estudiantes que no están autorizados para mirar el video serán asignados la siguiente tarea alternativa: _____

Firma del Director(a)

Fecha

Concedo autorización para que mi hijo (a): _____ pueda ver el video.
(Nombre del estudiante)

Firma del Padre de Familia

Fecha

Teléfono

BISD no discrimina a base de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o información genética en el empleo o en la provisión de servicios, programas o actividades.