



Parental Consent Form

I am the parent or legal guardian of the child whose name appears below. I hereby give permission for such child to receive a dental screening as part of the Bright Smiles, Bright Futures program sponsored by Colgate-Palmolive Company ("Colgate"). I understand and agree that the dental screening is being provided by Colgate at no cost as a public service and that I am participating in this program voluntarily and at my own risk. I hereby agree to release and discharge Colgate, its directors, officers, employees, agents and assigns, including without limitation the volunteer dental professionals who are conducting the screenings, from any and all liabilities, suits, costs or expenses in any way relating to the participation of the child below in this dental screening program.

(Schools Only) Grade _____ Class Room # _____

Child's Name _____ Age _____

Parent or Legal Guardian (print) _____

Parent or Legal Guardian (signature) _____

Address _____

City _____

State _____ Zip _____

Witness _____

Date _____



Consentimiento Paternal

El que suscribe certifica que es el Padre, Madre or Tutor del niño(a) cuyo nombre aparece aquí abajo. Por medio de este documento, el que suscribe da permiso para que dicho(a) niño(a) reciba un examen dental preliminar como parte del programa Sonrisas Brillantes, Futuros Brillantes patrocinado por la Compañía Colgate-Palmolive (“Colgate”). El que suscribe entiende y está de acuerdo en que este examen es ofrecido por Colgate sin cobro alguno, como un servicio público y que el que suscribe participa en este programa voluntariamente y a su propio riesgo. El que suscribe también se compromete a no demandar ni hacer responsable a Colgate, a los miembros de su junta directiva, a sus gerentes y ejecutivos, empleados, agentes o representantes incluyendo, y sin ninguna excepción, a los profesionales que estan voluntariamente haciendo estos exámenes preliminares, por daños y perjuicios, o cualquier tipo de gastos relacionados con la participación del niño(a), cuyo nombre aparece abajo, en este programa de exámenes dentales preliminares.

(Escuela) Grado _____ Número de Aula _____

Nombre del Niño(a) _____ Edad _____

Imprimir el nombre del Padre/Madre o Tutor _____

Firma de Nombre del Padre/Madre o Tutor _____

Domicilio _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

El Testigo _____

Fecha _____