

# Regalo De Amor



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nivel Intermedio  Nivel Superior

Dirección postal:

\_\_\_\_\_

Calle	Pueblo	País	Zona Postal
-------	--------	------	-------------

Teléfono de la residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Representa a una Cooperativa: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Nombre de Cooperativa: \_\_\_\_\_

## **Autorización del Padre, Madre o Encargado (a)**

Yo, \_\_\_\_\_, Padre, Madre o Encargado (a) de \_\_\_\_\_, participante en el Certamen de Arte Coop 2025, Autorizo a mi hijo(a) a participar en dicho evento auspiciado por la Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico. Entiendo que al dejar discurrir el término señalado para reclamar o solicitar la devolución de la obra presentada por mi hijo(a) (febrero 2026) renuncio en representación del participante a todo derecho de propiedad intelectual sobre la obra y autorizo a la Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico a disponer de la obra en la manera que mejor entienda, inclusive a destruir la misma. Autorizo a recibir información de los productos y servicios de la Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_

Firma de padre, madre o encargado	Teléfonos
-----------------------------------	-----------

Yo, \_\_\_\_\_, maestro (a) de la Escuela o Proyecto Comunitario \_\_\_\_\_, certifico que \_\_\_\_\_ es estudiante o participante de ésta escuela o proyecto comunitario y participará en el **Certamen de Arte Coop 2025**, auspiciado por la Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_

Firma del maestro	Teléfono de la Escuela
-------------------	------------------------

Dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_

Número	Calle	
_____	_____	
Pueblo	País	Zona Postal

Escuela especializada en arte: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Proyecto comunitario: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Escuela en el hogar: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

# Regalo De Amor



**Modelo de medida:** 7.5 pulgadas x 5.25 pulgadas

