CONTEST ENTRY FORM

Participants must be present to receive a prize.

☐ **Best Outfitted Dog**
☐ **Coolest Trick**
☐ **Pet Owner Look-Alike**

Full Name (print) _____

Address _____

City _____ **State** _____ **ZIP Code** _____

Phone ( ) _____ **E-mail Address** _____

Pet name (print) _____ **Gender M / F**

Type of dog/Description _____

_____

Signature _____ **Date** _____/_____/_____

***Minor Consent*: If you are a parent/legal guardian signing on behalf of a minor (less than 18 years old), please also complete the portion below.**

Minor's Full Name (print) _____

Relationship to person completing this form _____

I give my consent to be photographed, videotaped, and/or interviewed for use by the Los Angeles County Department of Public Health and other Los Angeles County Departments. I understand that my photographic image, video, and/or interview may be used in print or digital/electronic form (e.g., publications, website, advertising, videos) and may recognize my association with County of Los Angeles, including the Los Angeles County Department of Public Health.

For Staff Use Only

Time _____ Description _____

_____

_____

REGISTRO PARA LOS CONCURSOS

Participantes necesitan estar presente para recibir el premio.

☐ **Perro mejor vestido**
☐ **Truco más interesante**
☐ **Mascota que se parece más al dueño**

Nombre completo (letra de molde)_____

Dirección_____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal**_____

Teléfono ( ) _____ **E-mail** _____

Nombre de mascota (letra de molde) _____ **Sexo de Mascota M / F**

Tipo de perro/Descripción _____

_____

Firma_ _____ **Fecha** _____/_____/_____

Consentimiento de un menor: **Si usted es un padre/tutor legal firmando en nombre de un menor (menos de 18 años de edad) por favor llene la siguiente parte.**

Nombre completo del menor (letra de molde)_____

Cuál es su relación con el menor (padre/tutor legal) _____

Yo doy mi consentimiento de ser fotografiado(a), grabado en vídeo y/o entrevistado(a) para el uso oficial del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles y otros departamentos del condado de Los Ángeles. Entiendo que mi fotografía, vídeo y/o entrevista puede ser utilizada en forma impresa o formato digital/ electrónico (por ejemplo, publicaciones, página de Internet, publicidad, y vídeos) y puede reconocer mi asociación con el condado de Los Ángeles, incluyendo el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles.

For Staff Use Only

Time _____ Description _____

_____

_____