|  |
| --- |
|  |

**پروژه انتشار مداخله ABC**

**فورم انتشار**

      (نام برنامه/پروژه) در/با       (سازمان/نهاد) با ارائه مداخلات فرزندپروری که به منظور افزایش امنیت دلبستگی و توانایی اطفال در آرام کردن خود طراحی شده است، به والدین و اطفال خدمت می‌کند. ماموریت ما این است که اطمینان حاصل کنیم که آموزش برای شما و سایر والدین مؤثر است.

شما در دوره آموزشی مداخله‌ی دلبستگی و تعقیب زیستی-رفتاری (ABC) شامل شده اید. از شما درخواست داریم اجازه ثبت ویدیویی جلسات را بدهید. ثبت ویدیویی برای اهداف ذیل استفاده خواهد شد:

* نظارت بر آموزش والدین در مورد اجرای مؤثر مداخله را فراهم کند.
* از ثبت ویدیویی در ارزیابی برای کمک به تعیین اثربخشی برنامه استفاده خواهد شد.

بدینوسیله حق و اجازه میدهم که:

* جلسات ثبت شده ویدیویی را به منظور نظارت و ارزیابی برنامه با       (سازمان/نهاد) به اشتراک بگذارید.

من مطالب بالا را خوانده‌ام و این نسخه را کاملاً درک می‌کنم. همچنین میدانم که این مجوز برای مدت زمان لازم برای به دست آوردن هدف خود، حداکثر تا یک سال، یا در صورت لغو آن با تکمیل بخش فسخ در پایین این فرم، معتبر خواهد بود. همچنین میدانم که هرگونه اقدامی که قبل از تاریخ لغو در مورد این نسخه انجام شود، قانونی و لازم‌الاجرا است.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| نام طفل | | | | | MI | تخلص | | | | تاریخ تولد | | | |  |
| امضای ولی/سرپرست: | | | |  | | | تاریخ: | | | | | |  |  |
| آدرس: | |  | | | | | | | | | | | |  |
| شهر/ايالت/کود پستی: | | |  | | | | | | | | | | |  |
| شاهد: |  | | | | | | | تاریخ: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| بخش فسخ | | | | |
| بدینوسیله درخواست می‌کنم که این مجوز سر از این تاریخ لغو شود | | |  |  |
|  | | | *(تاریخ)* |  |
| امضای ولی/سرپرست: |  | | |  |
| تاریخ: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |