|  |
| --- |
|  |

**مشروع نشر برنامج التدخل ABC**

**نموذج الإقرار**

يقدم       (اسم البرنامج/المشروع) في/مع       (الوكالة/الجهة) خدماته للآباء والأطفال من خلال توفير تدخل أبوي مصمم لتعزيز أمان ارتباط الأطفال وقدرتهم على تهدئة أنفسهم. مهمتنا هي التأكد من أن التدريب فعال لك وللآباء الآخرين.

يتم إشراكك في التدريب على برنامج التدخل المرتبط بالتعلق والتكيف البيولوجي السلوكي (ABC). نطلب منك منح الإذن بتسجيل الجلسات بالفيديو. سيتم استخدام تسجيل الفيديو للأغراض التالية:

* توفير إشراف لتدريب الوالدين على التنفيذ الفعال للتدخل.
* سيتم استخدام تسجيل الفيديو في التقييم للمساعدة في تحديد مدى فعالية البرنامج.

أمنح بموجبه الحق والإذن بما يلي:

* مشاركة جلسات الفيديو المسجلة مع       (الوكالة/الجهة) لغرض الإشراف وتقييم البرنامج.

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأتفهم هذا البيان بشكل كامل. كما أفهم أن هذا الإقرار سيظل ساري المفعول للفترة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضه لمدة تصل إلى عام واحد أو إذا قمت بإلغاء هذا الإقرار عن طريق إكمال قسم الإلغاء في أسفل هذا النموذج. أفهم أيضًا أن أي إجراء يتم اتخاذه بموجب هذا الإقرار قبل تاريخ الإلغاء يعتبر قانونيًا وملزمًا.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | |  | | |  |  |
| الاسم الأول للطفل | | | | الاسم الأوسط | اسم العائلة | | تاريخ الميلاد | | | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: | |  | | | | التاريخ: | |  | | |  |
| العنوان: |  | | | | | | | | | |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: | | |  | | | | | | | |  |
| الشاهد: |  | | | | | التاريخ: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **قسم الإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجبه إلغاء هذا الإقرار، اعتبارًا من | |  | |  |
|  | | *(التاريخ)* | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |