|  |
| --- |
|       |

**Projet des fournisseurs de soins aux nourrissons**

**Projet de diffusion d’intervention ABC**

**Formulaire d’autorisation**

Le projet des fournisseurs de soins aux nourrissons de l'Université du Delaware est au service des parents et des enfants en fournissant une intervention parentale conçue pour renforcer la sécurité de l'attachement des enfants et leur capacité à s'auto-apaiser. Notre mission est d’assurer que la formation soit efficace pour vous et pour les autres parents.

Vous êtes inclus en la formation de l'intervention concernant l’attachement et le rattrapage biocomportemental (ABC). Nous vous demandons l'autorisation d’avoir enregistrer la vidéo des séances. L'enregistrement de la vidéo sera utilisé aux fins suivantes :

* Fournir la surveillance de la formation des parents sur la mise en œuvre efficace de l'intervention.
* L'enregistrement de la vidéo sera utilisé dans l'évaluation pour aider à déterminer l'efficacité du programme.

Par la présente, j’autorise:

* Partagez les séances enregistrées sur vidéo avec le laboratoire du fournisseur de soins aux nourrissons de l'Université du Delaware à des fins de supervision et d'évaluation du programme.

J'ai lu et je comprends parfaitement le présent formulaire. Je comprends également que ce formulaire restera en vigueur pendant la période nécessaire pour remplir son objectif jusqu'à un an ou si j'annule ce formulaire en remplissant la section de révocation au bas de ce formulaire. Je comprends également que toute mesure prise sur ce formulaire avant la date de révocation est légale et contraignante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| Prénom de l’enfant : | Deuxième Prénom | Nom de la famille : |  Date de Naissance |  |
| Signature du parent/tuteur : |       | Date : |       |  |
| Adresse :  |       |  |
| Ville/État/Code postal : |       |  |
| Témoin :  |       | Date : |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SECTION DE RÉVOCATION** |
| Je demande par la présente que ce formulaire soit annulé, |       |  |
|  | *(Date)* |  |
| Signature du parent/tuteur : |       |  |
| Date : |       |  |  |
|  |  |  |  |