|  |
| --- |
|  |

**유아 간병인 프로젝트**

**ABC 개입 보급 프로젝트**

**릴리스 양식**

University of Delaware의 유아 간병인 프로젝트는 아동의 애착 보안과 스스로를 진정시키는 능력을 향상시키기 위해 고안된 양육 개입을 제공함으로써 부모와 아동을 지원합니다. 우리의 사명은 교육이 귀하와 다른 학부모에게 효과적인지 확인하는 것입니다.

(ABC) 교육에 포함됩니다 . 세션을 비디오로 녹화할 수 있는 권한을 부여해 주실 것을 요청합니다. 동영상 녹화는 다음과 같은 목적으로 사용됩니다.

* 중재를 효과적으로 실행하는 방법에 대한 부모 교육을 감독합니다.
* 비디오 녹화는 프로그램의 효율성을 결정하는 데 도움이 되는 평가에 사용됩니다.

본인은 이에 다음과 같은 권리와 권한을 부여합니다 .

* 감독 및 프로그램 평가를 위해 델라웨어 대학의 영아 간병인 연구실과 녹화된 세션을 공유합니다.

본인은 위의 내용을 읽었으며 이 릴리스를 완전히 이해합니다. 또한 본인은 이 허가가 목적을 달성하는 데 필요한 기간 동안 최대 1년 동안 또는 본인이 이 양식 하단의 철회 섹션을 작성하여 이 허가를 철회하는 경우에도 유효함을 이해합니다. 또한 본인은 철회 날짜 이전에 이 릴리스에 대해 취해진 모든 조치가 합법적이고 구속력이 있음을 이해합니다.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
| 자녀의 이름 | | | | 미 | | 성 | | | | 생년월일 | | | |  |
| 학부모/보호자 서명: | | |  | | | | 날짜: | | | | | |  |  |
| 주소: | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 시 (\*) : 주 (\*) : 우편 번호: | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 증인: |  | | | | | | | 날짜: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **철회 섹션** | | | | |
| 본인은 이로써 이 릴리스를 철회할 것을 요청합니다. | | |  |  |
|  | | | *(날짜)* |  |
| 학부모/보호자 서명: |  | | |  |
| 날짜: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |