|  |
| --- |
|  |

**پروژه مراقبت از نوزاد**

**فورم انتشار ویدیو**

شما در دوره آموزشی مداخله تداوی روان طفل و والدین (CPP) شامل می شوید. از شما درخواست داریم اجازه ثبت ویدیویی جلسات را بدهید. ثبت ویدیویی برای اهداف ذیل استفاده خواهد شد:

* نظارت بر اجرای مؤثر مداخله را فراهم کند.

بدینوسیله حق و اجازه میدهم که:

* جلسات ویدیویی ثبت شده را برای نظارت با مرکز صحت طفل و خانواده به اشتراک بگذارید.

من مطالب بالا را خوانده‌ام و این نسخه را کاملاً درک می‌کنم. همچنین متوجه هستم 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 متوجه هستم 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: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

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