|  |
| --- |
|  |

**مشروع رعاية الرضع**

**نموذج إذن نشر الفيديو**

لقد تم إدراجك في التدريب على التدخل في العلاج النفسي بين الطفل والوالدين (CPP). نطلب منك منح الإذن بتسجيل الجلسات بالفيديو. سيتم استخدام تسجيل الفيديو للغرض التالي:

* توفير الإشراف لتنفيذ التدخل بفعالية.

أمنح بموجبه الحق والإذن بما يلي:

* مشاركة جلسات الفيديو المسجلة مع مركز صحة الطفل والأسرة لغرض الإشراف.

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: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

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