|  |
| --- |
|  |

**शिशु देखभालकर्ता परियोजना**

**अस्वीकरण प्रपत्र**

आपको चाइल्ड पेरेंट साइकोथेरेपी (CPP) इंटरवेंशन के प्रशिक्षण में शामिल किया जा रहा है। हम आपसे सत्रों की वीडियो रिकॉर्डिंग की अनुमति देने के लिए कह रहे हैं। वीडियो रिकॉर्डिंग का उपयोग निम्नलिखित उद्देश्य के लिए किया जाएगा:

* हस्तक्षेप को प्रभावी ढंग से लागू करने के लिए पर्यवेक्षण प्रदान करें।

मैं इसके द्वारा अधिकार और अनुमति देता हूं:

* पर्यवेक्षण के उद्देश्य से वीडियो रिकॉर्ड किए गए सत्रों को बाल और परिवार स्वास्थ्य केंद्र के साथ साझा करें।

मैंने ऊपर पढ़ा है और मैं इस रिलीज को पूरी तरह से समझता हूं। मैं यह भी समझता हूं कि यह रिलीज एक वर्ष तक के लिए अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समय की अवधि के लिए प्रभावी रहेगा या अगर मैं इस फॉर्म के नीचे निरस्तीकरण अनुभाग को पूरा करके इस रिलीज को रद्द कर दूं। मैं यह भी समझता हूं कि निरस्त तिथि से पहले इस रिलीज पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |  |
| बच्चे का पहला नाम | | | | | प्रबंधन सूचना (एमआई) | अंतिम नाम | | | | जन्म की तारीख | | | |  |
| माता - पिता /अभिभावक के हस्ताक्षर: | | | |  | | | तारीख: | | | | |  | |  |
| पता: | |  | | | | | | | | | | | |  |
| शहर (\*): राज्य (\*): ज़िप कोड: | | |  | | | | | | | | | | |  |
| गवाह: |  | | | | | | | तारीख: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन संप्रदाय आयन** | | | | |
| निरसन अनुभाग मैं इसके द्वारा अनुरोध करता हूं कि इस अस्वीकरण प्रपत्रको रद्द कर दिया जाए | | |  |  |
|  | | | (तारीख) |  |
| माता - पिता /अभिभावक के हस्ताक्षर: |  | | |  |
| तारीख: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |