|  |
| --- |
|  |

**مشروع مقدمي الرعاية للأطفال الرُضع**

**مشروع نشر التدخل التابع لبرنامج (ABC)**

**نموذج موافقة (إبراء ذمة)**

يقوم مشروع مقدمي الرعاية للأطفال الرُضع (Infant Caregiver) في جامعة ديلاوير على خدمة الآباء والأطفال عبر توفير تدخل الوالدين بطريقة تعمل على تعزيز أمان الارتباط والتعلق لدى الأطفال وقدرتهم على تهدئة أنفسهم. تتمثل مهمتنا في ضمان فعالية التدريب لكم ولأولياء الأمور الآخرين.

سيتم إدراجك ضمن التدريب ببرنامج (ABC) نطلب منكم منح الإذن لتسجيل الجلسات بالفيديو. سيتم استخدام تسجيل الفيديو للأغراض التالية:

* توفير الإشراف لتدريب الوالدين على التنفيذ الفعال للتدخل.
* سيتم استخدام المقاطع المسجلة بالفيديو في عملية التقييم للمساعدة في تحديد فعالية البرنامج.

أمنح بوجبه الحق والإذن لما يلي:

* مشاركة الجلسات المسجلة بالفيديو مع مختبر مقدمي رعاية الأطفال الرُضع الرضع التابع لجامعة ديلاوير بغرض الإشراف وتقييم البرنامج.

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأفهم تمامًا طلب الموافقة هذا. أفهم أيضًا أن هذه الموافقة تظل سارية للمدة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضها والتي تصل إلى عامٍ واحد أو حتى إلغاء هذه الموافقة بالقسم المتعلق بالإلغاء أسفل هذا النموذج. أُدرك أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذه الموافقة الصادرة قبل تاريخ الإلغاء يعتبر إجراء قانوني ومُلزِم.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| الاسم الأول للطفل | | | | الاسم الأوسط | اسم العائلة | | | | تاريخ الميلاد | | | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: | |  | | | | التاريخ: | | | | |  | |  |
| العنوان: |  | | | | | | | | | | | |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: | | |  | | | | | | | | | |  |
| الشاهد: |  | | | | | | التاريخ: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **القسم المتعلق بالإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجبه إلغاء هذه الموافقة (هذا الإصدار)، بدءً من تاريخه: | | |  |  |
|  | | | *التاريخ:* |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |