|  |
| --- |
|  |

**婴儿看护者项目**

**ABC 干预宣传项目**

**授权协议书**

特拉华大学的婴儿看护者项目通过提供旨在增强儿童依恋安全感和平静自我能力的育儿干预，从而为父母和儿童提供服务。我们的使命是确保培训对您和其他家长都行之有效。

您正在参加有关“依恋和生物行为追赶 (ABC)”干预的培训。请您允许对会议进行录像。录像将用于以下目的：

* 监督家长有效实施干预措施。
* 录像将用于评估之用，以帮助确定该计划的有效性。

本人特此授予以下权利和许可：

* 与特拉华大学婴儿护理实验室分享录制视频的课程过程，以进行监督和计划评估。

本人已详细阅读以上内容，并且完全理解此次授权。同时，本人也了解，此次授权将在实现其目的所需的期限（最长一年）内有效，且本人也可以通过填写本授权协议书底部的撤销部分来撤销此授权。本人还了解，在撤销日期之前对此次授权采取的任何行动均是合法且具有约束力的。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  | |  | |  | |
| 孩子的名字 | | | | 中名 | 姓氏 | | | | 出生日期 | | |  |
| 家长/监护人签名： | | |  | | | 日期： | | | | |  |  |
| 地址： |  | | | | | | | | | | |  |
| 城市/州/邮编： | |  | | | | | | | | | |  |
| 联署人： |  | | | | | | 日期： | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **撤销部分** | | | | |
| 本人特此申请撤销此授权 | | |  |  |
|  | | | *（日期）* |  |
| 家长/监护人签名： |  | | |  |
| 日期： |  |  | |  |
|  |  |  | |  |