|  |
| --- |
|  |

**Проект по уходу за младенцами**

**Проект распространения вмешательства ABC**

**форма согласия**

Проект по уходу за младенцами в Университете Делавэра помогает родителям и детям, обеспечивая

родительское вмешательство, направленное на повышение безопасности привязанности детей и их

способности самостоятельно успокаиваться. Наша миссия – сделать так, чтобы обучение было

эффективным для вас и других родных.

Вы участвуете в тренинге по программе привязанности и биоповеденческого наверстывания (ABC). Мы просим вас дать разрешение на видеозапись сеансов. Видеозапись будет использоваться в следующих целях:

* Обеспечить наблюдение за обучением родителей эффективному осуществлению вмешательства.
* Видеозапись будет использоваться при оценке результатов, чтобы помочь определить эффективность программы.

Настоящим я даю право и разрешение:

* на передачу видеозаписей сеансов в Лабораторию по уходу за младенцами Университета Делавэра с целью контроля и оценки результатов программы.

Я прочитал вышеизложенное соглашение и полностью понимаю его содержание. Я также понимаю, что это согласие будет оставаться в силе в течение периода времени, необходимого для выполнения его цели (до одного года) или, до момента отзыва данного соглашения, когда я заполню соответствующий раздел "отзыва" в нижней части данной формы. Я также понимаю, что любые действия, предпринятые в рамках данного соглашения до даты его отмены, являются законными и обязательными.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  | | |  |  |  | |
| Имя ребенка | | | Средний инициал | | | Фамилия | | |  | Дата рождения | |  |
| Подпись родителя / опекуна: | | | |  | | | Дата: |  | | | |  |
| Адрес: |  | | | | | | | | | | |  |
| Город: Штат: Почтовый Индекс: | | | | |  | | | | | | |  |
| Свидетель: | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **раздел отзыва** | | | | |
| Настоящим прошу отменить данное согласие, вступившее в силу | | |  |  |
|  | | | *(Дата)* |  |
| Подпись родителя / опекуна: |  | | |  |
| Дата: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |