|  |
| --- |
|  |

**婴儿看护者项目**

**视频录制授权协议书**

您正在参加有关“亲子心理治疗 (CPP)”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：

* 监督有效实施干预措施。

本人特此授予以下权利和许可：

* 与儿童和家庭健康中心分享会议视频，以便进行监督。

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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： |  |  | |  |
|  |  |  | |  |