|  |
| --- |
|  |

**शिशु देखभालकर्ता प्रोजेक्ट**

**वीडियो रिलीज़ फ़ॉर्म**

आपको बाल अभिभावक मनोचिकित्सा (CPP) हस्तक्षेप के प्रशिक्षण में शामिल किया जा रहा है। हम आपसे सत्रों की वीडियो रिकार्डिंग की अनुमति देने का अनुरोध कर रहे हैं। वीडियो रिकॉर्डिंग का उपयोग निम्नलिखित उद्देश्य के लिए किया जाएगा:

* हस्तक्षेप को प्रभावी ढंग से क्रियान्वित करने के लिए पर्यवेक्षण प्रदान करना।

मैं इसके द्वारा निम्नलिखित का अधिकार और अनुमति देता/देती हूं:

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

मैंने उपरोक्त को पढ़ लिया है और मैं इस रिलीज़ को पूरी तरह समझता/समझती हूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि यह रिलीज़ अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समयावधि तक प्रभावी रहेगी, जो एक वर्ष तक होगी या तब तक जब तक कि मैं इस फ़ॉर्म के नीचे निरस्तीकरण अनुभाग को पूरा करके इस रिलीज़ को रद्द न कर दूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि निरस्तीकरण तिथि से पहले इस रिलीज़ पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  |  |  | |
| बच्चे का पहला नाम | | | | MI | सरनेम | | |  | जन्म तिथि | |  |
| माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर: | | |  | | | तिथि: |  | | | |  |
| पता: |  | | | | | | | | | |  |
| शहर/राज्य/ज़िप कोड: | |  | | | | | | | | |  |
| गवाह: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन अनुभाग** | | | | |
| मैं अनुरोध करता/करती हूं कि इस रिलीज़ को | |  | |  |
|  | | *(तिथि)* | |  |
| माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर: |  | | |  |
| तिथि: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |