|  |
| --- |
|       |

**유아 간병인 프로젝트**

**비디오 릴리스 양식**

(CPP) 개입 교육에 포함되어 있습니다. 세션을 비디오로 녹화할 수 있는 권한을 부여해 주실 것을 요청합니다. 비디오 녹화는 다음 목적으로 사용됩니다.

* 개입을 효과적으로 수행하기 위한 감독을 제공합니다.

본인은 이에 다음과 같은 권리와 권한을 부여합니다.

* 감독 목적으로 비디오 녹화 세션을 아동 및 가족 건강 센터와 공유하십시오.

본인은 위의 내용을 읽었으며 이 릴리스를 완전히 이해합니다. 또한 본인은 이 허가가 목적을 달성하는 데 필요한 기간 동안 최대 1년 동안 또는 본인이 이 양식 하단의 철회 섹션을 작성하여 이 허가를 철회하는 경우에도 유효함을 이해합니다. 또한 철회 날짜 이전에 이 릴리스에 대해 취해진 모든 조치는 합법적이고 구속력이 있음을 이해합니다.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |    |       |  |       |  |
| 자녀의 이름 | 미 | 성 |  | 생년월일 |  |
| 학부모/보호자 서명: |       |  |
|  |  | 날짜: |       |  |
| 주소: |       |  |
| 시 (\*) : 주 (\*) : 우편 번호: |       |  |
| 증인: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **철회 섹션** |
| 본인은 이로써 이 릴리스를 철회할 것을 요청합니다. |       |  |
|  | *(날짜)* |  |
| 학부모/보호자 서명: |       |  |
| 날짜: |       |  |  |
|  |  |  |  |