|  |
| --- |
|  |

**Dự án Người chăm sóc Trẻ sơ sinh**

**Mẫu Thỏa thuận Cho phép Ghi hình**

Quý vị đang được tham gia khóa đào tạo về Biện pháp Can thiệp Trị liệu tâm lý dành cho Phụ huynh và Con cái (CPP). Chúng tôi đang đề nghị quý vị cho phép ghi hình các buổi đào tạo này. Bản ghi video sẽ được sử dụng cho mục đích sau:

* Giám sát để thực hiện biện pháp can thiệp một cách hiệu quả.

Tôi theo đây trao quyền và cho phép:

* Chia sẻ bản ghi hình các buổi đào tạo với Trung tâm Sức khỏe Trẻ em và Gia đình với mục đích giám sát.

Tôi đã đọc nội dung trên và hiểu rõ thỏa thuận này. Tôi cũng hiểu rằng thỏa thuận cho phép này sẽ vẫn có hiệu lực trong khoảng thời gian cần thiết để hoàn thành mục đích đề ra trong tối đa một năm hoặc nếu tôi hủy bỏ thỏa thuận cho phép này bằng cách điền vào mục thu hồi ở cuối biểu mẫu này. Tôi cũng hiểu rằng mọi hành động được đưa ra đối với thỏa thuận cho phép này trước ngày bị hủy bỏ đều hợp pháp và ràng buộc.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  | | |  |  |  | |
| Tên Trẻ | | | Viết tắt Tên đệm | | | Họ | | |  | Ngày sinh | |  |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | Ngày: |  | | | |  |
| Địa chỉ: |  | | | | | | | | | | |  |
| Thành phố/Tiểu bang/Mã vùng: | | | |  | | | | | | | |  |
| Người làm chứng: | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MỤC THU HỒI** | | | | |
| Theo đây tôi yêu cầu hủy bỏ thỏa thuận này, có hiệu lực từ | |  | |  |
|  | | *(Ngày)* | |  |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: |  | | |  |
| Ngày: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |