|  |
| --- |
|  |

**الممارسات النموذجية الهرمية في التدخل المبكر**

**نموذج الموافقة على تسجيل فيديو**

سيتم إدراجك ضمن التدريب على الممارسات النموذجية الهرمية. نطلب منك منح الإذن لتسجيل الجلسات بالفيديو. سيتم استخدام تسجيل الفيديو للغرض التالي:

* توفير الإشراف من أجل التنفيذ الفعال للتدخل.

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأفهم تمامًا طلب الموافقة هذا. أفهم أيضًا أن هذه الموافقة ستظل سارية طوال المدة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضها والتي تصل إلى عام واحد أو حتى إلغاء هذه الموافقة بالقسم المتعلق بالإلغاء أسفل هذا النموذج. أدرك أيضًا أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذه الموافقة قبل تاريخ إلغائها يعد قانونيًا وملزمًا.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  |  |  | |
| الاسم الأول للطفل | | | | الاسم الأوسط | اسم العائلة | | |  | تاريخ الميلاد | |  |
| توقيع ولي الأمر/الوصي: | |  | | | | التاريخ: |  | | | |  |
| العنوان: |  | | | | | | | | | |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: | | |  | | | | | | | |  |
| الشاهد: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **القسم المتعلق بالإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجب هذا إلغاء الموافقة، اعتبارًا من | |  | |  |
|  | | *(التاريخ)* | |  |
| توقيع ولي الأمر/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |