|  |
| --- |
|       |

**NC ITP consentement pour l'enregistrement de vidéo et la divulgation des informations**

Ce consentement est expressément destiné à libérer le N.C Département de la santé et des services sociaux (N.C.DHHS) et ses employés de toute responsabilité pouvant résulter de la prise et de l'utilisation autorisée des matériaux.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| J’ |       | *(nom)* | autorise par la présente le Bureau des communications |
| à obtenir ou à permettre:  |       | (Nom de CDSA) |

À *obtenir* la suite de moi/mon enfant (cochez la/les description(s) appropriée(s)

[ ]  Photographies [ ]  Film/Cassette vidéo [ ]  Entretien [ ]  Enregistrement vocal

J'accepte que les nommés ci-dessus puissent utiliser ou autoriser d'autres personnes à utiliser les matériels produits à partir de cette session pour l'une des suggestions présentées ci-dessous (cochez les catégories appropriées).

[ ]  Publications éducatives

[ ]  Publications/documents de recherche

[ ]  Publicité

[ ]  Site web du département

[ ]  Publications du département

[ ]  Presse et média de diffusion

[ ]  Supervision clinique

[ ]  Coaching (accompagnement) aux pratiques fondées sur des preuves

Si applicable: [ ]  J'accepte ce qui précède à condition que je ne sois pas identifié par mon nom.

*Les vidéos font partie du dossier protégé et confidentiel de l'enfant et seront conservées et détruites conformément à la politique de conservation des dossiers du NC DHHS.*

J'ai lu et je comprends parfaitement le présent formulaire. Je comprends également que ce formulaire restera en vigueur pendant la période nécessaire pour atteindre son objectif jusqu'à un an ou si j'annule ce formulaire en remplissant la section de révocation au bas de ce formulaire. Je comprends également que toute mesure prise sur ce formulaire avant la date de révocation est légale et contraignante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| Prénom de l’enfant : | Deuxième nom : | Nom de la famille | Date de naissance |  |
| Signature du parent/tuteur |       | Date : |       |  |
| Adresse :  |       |  |
| Ville/ État/ code postal : |       |  |
| Témoin : |       | Date : |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SECTION DE RÉVOCATION** |
| Je demande par la présente que ce formulaire soit annulé, |       |  |
|  | *(Date)* |  |
| Signature du parent/tuteur |       |  |
| Date : |       |  |  |
|  |  |  |  |