|  |
| --- |
|  |

**Проект для опекунов, осуществляющих уход за ребенком**

**Согласие на видеосъемку**

Вы участвуете в тренинге по терапии детско-родительских отношений (CPP), и мы просим вас дать разрешение на видеозапись сеансов. Видеозапись будет использоваться для следующих целей:

* Обеспечение надзора за эффективным осуществлением вмешательства.

Настоящим я даю право и разрешение на:

* Предоставление видеозаписей сессий Центру здоровья ребенка и семьи с целью контроля.

Я прочитал вышеизложенное и полностью понимаю его содержание. Я осознаю, что мое согласие будет действовать до достижения заявленной выше цели на период до одного года или до отмены этого разрешения. Последнее станет возможно после заполнения мной раздела об аннуляции в нижней части бланка. Я также осознаю, что любые действия, предпринятые на основании моего согласия до срока его аннуляции, являются законными и обязательными к исполнению.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | | |  |  |  | |
| Имя ребенка | | Инициал второго имени (MI) | | | Фамилия | | |  | Дата рождения | |  |
| Подпись родителя / опекуна: | | |  | | | Дата: |  | | | |  |
| Адрес: |  | | | | | | | | | |  |
| Город: Штат: Почтовый Индекс: | | | |  | | | | | | |  |
| Свидетель: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Аннуляция** | | | | |
| Настоящим прошу отменить этот документ, вступившее в силу | | |  |  |
|  | | | *(Дата)* |  |
| Подпись родителя / опекуна: |  | | |  |
| Дата: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |