|  |
| --- |
|  |

**مشروع مقدمي الرعاية للرُضع**

**نموذج موافقة على إصدار مقطع فيديو**

سيتم إدراجك ضمن التدريب ببرنامج (CPP) نطلب منكم منح الإذن لتسجيل الجلسات بالفيديو. سيتم استخدام تسجيل الفيديو للأغراض التالية:

* توفير الإشراف لتدريب الوالدين على التنفيذ الفعال للتدخل.

أمنح بوجبه الحق والإذن لما يلي:

* مشاركة الجلسات المسجلة بالفيديو مع مركز صحة الطفل والأسرة بغرض الإشراف.

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأفهم تمامًا طلب الموافقة هذا. أفهم أيضًا أن هذه الموافقة تظل سارية للمدة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضها والتي تصل إلى عامٍ واحد أو حتى إلغاء هذه الموافقة بالقسم المتعلق بالإلغاء أسفل هذا النموذج. أُدرك أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذه الموافقة الصادرة قبل تاريخ الإلغاء يعتبر إجراء قانوني ومُلزِم.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **القسم المتعلق بالإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجبه إلغاء هذه الموافقة (هذا الإصدار)، بدءً من تاريخه: | | |  |  |
|  | | | *التاريخ:* |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |