|  |
| --- |
|  |

**Projet de fournisseur de soins aux nourrissons**

**Formulaire de décharge de la vidéo**

Vous êtes inclus dans une formation en intervention de Psychothérapie enfant-parent (CPP). Nous vous demandons d'accorder la permission d’avoir les séances enregistrées sur vidéo. L'enregistrement vidéo sera utilisé aux objectifs suivants :

* Fournir la supervision pour une mise en œuvre efficace de l'intervention.

Je donne par la présente le droit et la permission de :

* Partagez les séances enregistrées sur vidéo avec le Centre de santé de l'enfant et de la famille à des objectifs de supervision.

J'ai lu ce qui précède et je comprends parfaitement cette décharge. Je comprends également que cette décharge restera en vigueur pendant la période nécessaire pour remplir son objectif jusqu'à un an ou si je résilie cette décharge en remplissant la section de révocation au bas de ce formulaire. Je comprends en outre que toute mesure prise sur cette décharge avant la date résiliée 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: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION DE RÉVOCATION:** | | | | |
| Je demande par la présente que cette décharge soit résiliée, effective | | |  |  |
|  | | | *(Date)* |  |
| Signature du parent/tuteur |  | | |  |
| Date : |  |  | |  |
|  |  |  | |  |