اسم المعالج النفسي ومؤهلاته العلمية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**نموذج الموافقة على العلاج باللعب**

أمنح موافقتي على حضور \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ لجلسات

العلاج باللعب مع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (اسم المعالج النفسي).

اسم ولي الأمر:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم ولي الأمر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**الموافقة على تسجيل الجلسات بالفيديو**

أقوم بتسجيل الجلسات بالفيديو لضمان الوصول إلى أفضل النتائج. كما قد أحتاج إلى عرض مقاطع الفيديو على المشرفين للحصول على التغذية الراجعة، علماً بأنه يتم حذف مقاطع الفيديو غير المستخدمة.

الرجاء اختيار أحد الخيارين التاليين التالية. في حال الموافقة، يرجى التوقيع أدناه.

 **نعم.** أوافق على تسجيل جلسات العلاج بالفيديو **لغايات الإشراف.**

 **لا**. لا أرغب في أن يتم تسجيل جلسات العلاج بالفيديو.

أوافق بموجب هذه الوثيقة على أن يتم تسجيل جلسات العلاج باللعب التي يخضع لها طفلي مع الدكتورة هيلين ريتشي بالفيديو (سيتم الحفاظ على سرية هذه التسجيلات واستخدامها لغايات الإشراف فقط)، وأتفهم بأنه يمكن الرجوع عن هذه الموافقة في أي وقت.

توقيع/تواقيع ولي الأمر (أولياء الأمور) / الوصي (الأوصياء): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**السرية**

يتم الحفاظ على سرية المعلومات التي يشاركها طفلك معي. إلا أنه وفي حالاتٍ نادرة قد تكون هناك حاجة للإفصاح عن معلومات متعلقة بطفلك، خاصةً في المسائل المتعلقة بحماية الطفل، أو عند وجود تهديد بالإضرار بالنفس أو بالآخرين، أو حين يكون ذلك مطلوباً بموجب القانون.