

הסכמת הורים לשיתוף נתונים ו/או צילומים

שם הילד: _____

פעמים רבות, נתונים שנאספים במהלך ההתערבות מצביעים על יעילות ההתערבות שיושמה ועשויים לעניין אחרים (מטפלים, מורים או הורים) שעובדים עם ילדים כמו שלכם. במקרים אלו, אנו נהיה מעוניינים להציג נתונים אלו בפני אחרים. לדוגמה, הנתונים שנאספו יכולים להיות מוצגים בשיעורים במכללות או אוניברסיטאות, בכנסים מקומיים או בינלאומיים או במאמרים שיפורסמו בכתבי עת מדעיים. אם וכאשר נתונים אלו ישותפו, אנו לא נחשוף שום פרט או מידע מזהה של ילדכם, שלכם או של בית הספר בו הוא לומד וזאת על מנת לשמור על פרטיותכם. לכן במקרים אלו, רק נתונים שקשורים להתנהגות הספציפית ותיאורים כלליים יוצגו לאחרים (לדוגמה, גרפים, הגדרות להתנהגות, פרטים דמוגרפיים כלליים וכדומה).

בנוסף לכך, יעילות ההתערבות ומאפייניה יכולים להיות מודגמים בצורה ברורה יותר וויזואלית באמצעות צילומי וידאו ו/או תמונות. לצילומים מבחינה זו יש ערך מוסף שלרוב אינו ניתן להשגה באמצעות הצגת הנתונים בלבד. במקרים כאלו נהיה מעוניינים להציג צילומים אלו בכנסים. כאשר הצילומים ישותפו עם אחרים נוכל על פי בקשתכם להסיר כל מידע מזהה באמצעות טשטוש פנים.

בכל שאלה או בעיה לאורך כל התוכנית ניתן לפנות אלי (_____) בטלפון: _____

אנא ציינו מטה בשורה המתאימה באמצעות סימון "X" וראשי תיבות של שמכם האם אתם מסכימים לשתף אחרים בנתונים ו/או צילומים

שיתוף נתונים:

_____ **אינני מעוניין** שתשתפו כלל נתונים שנאספו כחלק ממתן שירות ההתערבות בילדי

_____ **אני מאשר** שיתוף נתונים שנאספו כחלק ממתן שירות ההתערבות בילדי. אני מבין כי כל פרט מזהה יוסר לפני השיתוף על מנת לשמור על פרטיות ילדי ושלי.

שיתוף צילומים:

_____ **אינני מעוניין** שתשתפו כלל צילומים שנלקחו כחלק ממתן שירות ההתערבות בילדי

_____ **אני מאשר** שיתוף צילומים שנלקחו כחלק ממתן שירות ההתערבות בילדי.

_____ **אני מעוניין** כי תסירו כל מידע מזהה באמצעות טשטוש פנים.

_____ **אני מאשר** להציג את הצילומים כפי שהם **ללא** טשטוש פנים.

תאריך: _____

שם ההורה: _____

חתימת ההורה: _____