尊敬的家长/监护人：

您好！

我叫杰西卡·哈迪（Jessica Hardy），是伊利诺伊大学厄巴纳-香槟分校(University of Illinois Urbana-Champaign)幼儿特殊教育项目的协调员。我们的一名研究生已被分配到您孩子所在的班级或早期干预服务提供者处进行实习。作为实习的一部分，我们的学生需要录制他们自己在教学或与儿童及家庭互动的过程。这些视频可能用于以下三个用途：

1. 督导：我们的实习学生会从大学督导那里获得关于其教学或早期干预实践的反馈。
2. 实习研讨会：我们的实习学生会在整个学期的实习研讨会上从其他学生那里获得关于其教学或早期干预实践的反馈。
3. 作品集：在毕业前，我们的学生需要提交一份作品集，以展示他们的教学或早期干预实践。

我们希望获得您的许可让您的孩子可以出现在这些视频中。这些视频不会被本项目外的任何人观看，并且视频将在实践生毕业后被删除。请在下方勾选您是否同意您的孩子被录制，并且用于以下三个用途。

感谢您考虑此请求。如需更多信息，请联系我，杰西卡·哈迪（Jessica Hardy），电话：217-244-1357，邮箱：jesskh@illinois.edu。

**督导**

|  |  |
| --- | --- |
| 是，我同意我的孩子被录制用于此目的。 | 否，我不同意我的孩子被录制用于此目的。 |

**实习研讨会**

|  |  |
| --- | --- |
| 是，我同意我的孩子被录制用于此目的。 | 否，我不同意我的孩子被录制用于此目的。 |

**作品集**

|  |  |
| --- | --- |
| 是，我同意我的孩子被录制用于此目的。 | 否，我不同意我的孩子被录制用于此目的。 |

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

儿童姓名

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

家长/监护人签名 日期