# แบบฟอร์มให้ความยินยอม

**ชื่อโครงการ**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **รหัสโครงการ**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ชื่อผู้รับประโยชน์**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **รหัสผู้รับประโยชน์**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

แบบฟอร์มให้ความยินยอมฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงให้ความยินยอมของผู้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาเด็กแบบองค์รวมของคริสตจักรฯ ดังที่จะกล่าวด้านล่างนี้

ซึ่งข้าพเจ้า ...................... ........................................................................................................... ในฐานะของ **ผู้รับประโยชน์/ผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ในกรณีที่ผู้รับผลประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ** ได้อ่านและเข้าใจข้อความในแบบฟอร์มให้ความยินยอมฉบับนี้แล้วอย่างชัดเจน จึงให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจดังนี้

1. ข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้า สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของคริสเตียน และ กิจกรรมพัฒนาเด็กแบบองค์รวมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยโครงการฯ หรือคริสตจักรฯ
2. ข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้า ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิดรุณาทรใช้ภาพถ่าย วิดีโอ และบทความสัมภาษณ์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์ เพื่อใช้ในพันธกิจของมูลนิธิฯ ตามวัตถุประสงค์ได้ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่มูลนิธิฯ ไม่มีสิทธิ์เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้าเพื่อกิจกรรมทางธุรกิจผิดกฎหมายหรือเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวใด ๆ
3. ในกรณีที่ข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้าเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ หรือ คริสตจักรฯ และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ข้าพเจ้าอนุญาตให้เจ้าหน้าที่โครงการฯ และอาสาสมัครทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินได้ตามความเหมาะสม

**แบบฟอร์มให้ความยินยอมฉบับนี้สามารถยกเลิกได้ แต่จะมีผลทำให้สถานะการลงทะเบียนกับโครงการฯ สิ้นสุดลง**

**ผู้รับประโยชน์(ในกรณีที่บรรลุนิติภาวะแล้ว)**

**ลายเซ็น:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

วันที่:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ผู้ดูแลตามกฎหมาย/ ผู้ดูแลหลัก**

**ลายเซ็น/ลายพิมพ์นิ้วมือ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

วันที่:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

พยาน

**ลายเซ็น:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

วันที่:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_