

家长姓名： _____

电子邮箱地址： _____

学生姓名： _____

出生日期（月/日/年）： _____

依据您的请求，您选择通过电子邮件（不使用加密）传达有关您孩子早期干预治疗的个人身份信息。通过电子邮件发送个人身份信息存在一些风险，您在授予许可之前应该意识到这些风险。这些风险包括但不限于以下几点：

- 电子邮件可以在家长事先不知情的情况下轻松转发并以电子和纸质格式存储。
- 电子邮件发件人可能会写错电子邮箱地址，并将个人身份信息错误地发送给错误的收件人。
- 通过互联网发送的未加密电子邮件不安全，可能会被未知的第三方截获。
- 电子邮件内容可能会在发件人或收件人不知情的情况下被更改。
- 即使发件人和收件人删除了邮件，电子邮件的备份副本可能仍然存在。
- 雇主和在线服务提供商有权检查通过其系统发送的电子邮件。
- 电子邮件可能包含有害病毒和其他程序。

家长确认及同意

本人承认，我已阅读并理解上述有关使用电子邮件传达个人身份信息的固有风险的描述。尽管如此，本人，
_____，授权 _____

(其电子邮箱地址为： _____) 通过我的电子邮箱地址
_____ 与我联系，讨论我的孩子， _____，
参与早期干预计划 (Early Intervention Program, EIP) 的情况，包括但不限于有关服务交付、EIP 进展以及其他相关
事宜的沟通。本人理解使用未加密的电子邮件存在上述风险，并可能会导致此类信息意外泄露。

(可选) 此外，本人允许我孩子的治疗团队成员使用未加密的电子邮件相互传达有关我孩子的个人信息。本人
允许使用未加密的电子邮件相互传达有关我孩子情况的早期干预团队成员如下：

- 1. _____，其电子邮箱地址为： _____
- 2. _____，其电子邮箱地址为： _____
- 3. _____，其电子邮箱地址为： _____
- 4. _____，其电子邮箱地址为： _____
- 5. _____，其电子邮箱地址为： _____

家长签名： _____ **日期 (月/日/年)：** _____

请注意： 如果可填写的“使用电邮交换个人信息家长同意表”上含有家长/法定监护人的电子签名，以表示同意
通过电子邮件传达有关其孩子早期干预治疗的个人信息，则该签名还必须包含电子签名验证标记（可通过 Adobe
Acrobat、DocuSign 等应用程序获得），其中注明表格上的签名日期和时间。如果没有该保障措施，则必须打印《使
用电邮交换个人信息家长同意表》，以允许家长/法定监护人在纸质副本上签字同意。