Dear Parent(s)/Guardian(s)/Caretaker(s),

As part of my work for Stanford University I am required to videotape my teaching of your daughter’s / son’s class. The videotapes will be kept by me and by Stanford University. The videos may also be shared with other teacher educators and other teacher candidates to help improve teaching. Additionally, the video may be shared with potential employers to assist in their evaluation of me as a candidate. The focus of the video is the teacher and my teaching, not the students in the class. However, at times, students may appear on the video and we would like your permission for your son/daughter to take part in the filming as one of the students in this class. Neither your child’s name nor the name of the school will be used in any reports or presentations of the video.

A form is attached for you to indicate if you are willing to have your child appear in the video. Your decision about whether or not to allow your child to participate will not affect his/her academic standing or grades. The University requires us to inform you that we foresee no risks to your child from participating in the video.

If you would like more information about the work, please feel free to contact Ira Lit, STEP Secondary Director, at iralit@stanford.edu.

Thank you for your consideration of this request. Again, please contact us if you have any questions or concerns.

Sincerely,

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Video Permission Form for the Stanford Teacher Education Program**

Please sign and return this form to indicate your permission for your child to participate in the videotaping.

STUDENT NAME:\_\_ \_ \_

SCHOOL/TEACHER:\_\_ \_ \_

I am the parent/legal guardian of the child named above. I have received and read your letter regarding the

Stanford University student teacher in my child’s classroom and agree to the following:

*(Please check the appropriate blank below)*

 **I DO** give permission for my child to appear on a video recording and understand my child’s name will not appear in any material written accompanying the recording.

 **I DO NOT** give permission for my child to appear on the video recording, and understand that he/she will be seated outside of the recorded activities.

Signature:\_\_ \_ \_ Date:\_\_ \_ \_

Querido(s) Padre(s)/ Tutor(es),

Mi trabajo en la Universidad de Stanford requiere que yo sea filmado/a mientras enseño en la clase de su hijo/a. La Universidad de Stanford y yo nos quedaremos con los videos. También serán compartidos con otros/as estudiantes de la universidad que se preparan para la carrera de maestro, y con sus profesores. Es importante que usted sepa que el video se concentrará en mí y en mis métodos de enseñanza y no en los estudiantes. Sin embargo, puede ocurrir que algún estudiante de la clase aparezca en el video, y por esta razón pedimos su permiso para que su hijo/a tome parte en la filmación. El nombre de su hijo/a y el nombre de la escuela no serán revelados cuando estos videos sean usados en reportes ni en presentaciones.

En el formulario que sigue, usted puede indicar si quiere que su hijo/a aparezca en el video. Su decisión de que su hijo/a participe o no, no afectará de ninguna manera sus calificaciones en la clase. La universidad también requiere que les informemos que no anticipamos ningún riesgo para su hijo/a asociado con la participación en la filmación.

Si usted quiere más información sobre este proyecto por favor llame a Ira Lit, Director del programa de preparación de maestros, al iralit@stanford.edu.

Agradecemos su consideración de esta petición. De nuevo, si usted tiene cualquier pregunta o duda, comuníquese al teléfono mencionado.

Sinceramente,

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Permiso de Filmación para el Programa de Preparación de Maestros en la Universidad de Stanford**

Por favor firme y regrese este formulario para indicar su permiso para que su hijo/a participe en las video- grabaciones.

NOMBRE de HIJO/A:\_\_ \_ \_

ESCUELA/ MAESTRO/A:\_\_ \_ \_

Yo soy el padre/ tutor legal del niño/a nombrado/a arriba. He recibido y leído su carta sobre el/la estudiante maestro/a de la Universidad de Stanford que está en la clase de mi hijo/a y estoy de acuerdo a:

*(Favor de marcar uno de los espacios en blanco)*

 **DOY PERMISO** para que mi hijo/a aparezca en filmación, y entiendo que el nombre de mi hijo/a no aparecerá en ningún material escrito que acompañe la filmación.

 **NO DOY PERMISO** para que mi hijo/a aparezca en filmación, y entiendo que el/ella se sentará fuera de las actividades filmadas.

Firma de padre/tutor:\_\_ \_ \_ Fecha:\_\_ \_

尊敬的家長/監護人,

您好！ 茲斯坦福大學教師教育中心的學習要求，同時為了改進我的教學，我需要將我在您子女課堂裡的教學情況

進行錄像記錄。這些錄像資料僅限於斯坦福大學內部為改善教學而使用，我們可能會和其他教師共同觀察

並討論錄像。我們觀察的重點是教師和教學，不是學生。但是，學生也會在錄像中出現。由此，我們特征 求您的意見，允許您的子女作為課堂一員參與教學錄像。在錄像視頻使用過程中，我們不會披露您子女的 名字和學校名字。

請在以下意見調查表中填寫您是否同意您的子女出現在教學錄像中。您的決定不會影響我們對您子女的成 績和學術評定。斯坦福大學請您理解，您子女參與錄像記錄沒有任何預期的風險。

如果您希望對斯坦福大學錄像教學有更多了解，您可以聯系我們STEP（中學部）的項目主管

Ira Lit, 電話：iralit@stanford.edu

非常感謝你們的合作與支持，如果您有任何問題或顧慮，我們樂意回答您的任何問題。 此致,

敬禮！

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

斯坦福大學教師教育中心錄像意見征求表 請簽名並在填寫完畢後將此表反饋給老師

學生姓名\_\_ \_ \_ 學校／教師姓名\_\_ \_

我是本學生的法定監護人，我收到並已經閱讀您的來信，知道斯坦福教師教育項目需要我對子女是否出現

在錄像中提出以下意見:

（請在以下相應的選項上打勾）

 我同意我的子女出現在錄像中，我知道他／她的名字不會在任何文本中被披露。

 我不同意我的子女出現在錄像中，我知道他／她會坐在教室中錄不到的地方。

家長簽名:\_\_ \_ \_ 日期:\_\_ \_ \_

尊敬的家长/监护人,

您好！ 兹斯坦福大学教师教育中心的学习要求，同时为了改进我的教学，我需要将我在您子女课堂里的

教学情况进行录像记录。这些录像资料仅限于斯坦福大学内部为改善教学而使用，我们可能会和

其他教师共同观察并讨论录像。我们观察的重点是教师和教学，不是学生。但是，学生也会在录 像中出现。由此，我们特征求您的意见，允许您的子女作为课堂一员参与教学录像。在录像视频

使用过程中，我们不会披露您子女的名字和学校名字。

请在以下意见调查表中填写您是否同意您的子女出现在教学录像中。您的决定不会影响我们对您 子女的成绩和学术评定。斯坦福大学请您理解，您子女参与录像记录没有任何预期的风险。

如果您希望对斯坦福大学录像教学有更多了解，您可以联系我们STEP（中学部）的项目主管

Ira Lit, 电话：iralit@stanford.edu.

非常感谢你们的合作与支持，如果您有任何问题或顾虑，我们乐意回答您的任何问题。 此致,

敬礼！

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

斯坦福大学教师教育中心录像意见征求表

请签名并在填写完毕后将此表反馈给老师

学生姓名\_\_ \_ \_ 学校／教师姓名\_\_ \_

我是本学生的法定监护人，我收到并已经阅读您的来信，知道斯坦福教师教育项目需要我对子女 是否出现在录像中提出以下意见:

（请在以下相应的选项上打勾）

 我同意我的子女出现在录像中，我知道他／她的名字不会在任何文本中被披露。

 我不同意我的子女出现在录像中，我知道他／她会坐在教室中录不到的地方。

家长签名:\_\_ \_ \_ 日期:\_\_ \_