



SIGHT FOR ALL
TEACHING THE WORLD TO SEE

ទម្រង់ផ្តល់ការយល់ព្រមថតរូបភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អង្គការ SIGHT FOR ALL (គំរូហើញសម្រាប់មនុស្សគ្រប់រូប)

ឈ្មោះ:

ជារឿយៗ រូបថត និងវីដេអូត្រូវបានថតរបស់គម្រោងនានានៃអង្គការ Sight For All ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសកម្មភាព និងដើម្បីលើកកម្ពស់ការងារដែលកំពុងអនុវត្ត។ នៅពេលថតរូប អង្គការ Sight For All ធានាថារូបថតអនុលោមតាមប្រពៃណីក្នុងស្រុក ហើយមានការគោរពចំពោះអ្នកដែលបានថតនៅក្នុងរូបភាពនោះ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ អ្នកយល់ព្រមឱ្យអង្គការ Sight For All ប្រើប្រាស់ និងបោះពុម្ពផ្សាយឈ្មោះ និងរូបថត ហើយនិង/ឬវីដេអូដែលមានរូបភាពរបស់អ្នក នៅក្នុងការបោះពុម្ពផ្សាយណាមួយរបស់ខ្លួន (រួមទាំងរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពហុបណ្តាញព័ត៌មាន) និងវិចិត្រសាលតាមអ៊ីនធឺណិត (ឧទាហរណ៍ គេហទំព័រ ហ្វេសប៊ុក Instagram, YouTube របស់អង្គការ Sight For All)។

នៅក្នុងព្រឹត្តិការណ៍នៃការបោះពុម្ពផ្សាយបែបវិទ្យាសាស្ត្រណាមួយ ឧទាហរណ៍ ការបោះពុម្ពណាមួយដែលពិពណ៌នា ឬពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវស្ថានភាពភ្នែក អង្គការ Sight For All នឹងធានាថាគេនឹងមិនអាចសម្គាល់ឈ្មោះអ្នកបានទេ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ផ្តល់ការយល់ព្រម អ្នកបញ្ជាក់ថា គេបានពន្យល់យ៉ាងច្បាស់លាស់ដល់អ្នកអំពីសំណើសុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ផ្តល់ការយល់ព្រមថតរូបភាពផ្ទាល់ខ្លួននេះ ។

ការយល់ព្រមផ្ទាល់ខ្លួន

ខ្ញុំមានអាយុលើសពី 18 ឆ្នាំ៖ បាទ/ចាស ទេ (ប្រសិនបើទេ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ត្រូវតែបំពេញផ្នែកខាងក្រោម)

ឈ្មោះ:

អាសយដ្ឋាន

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ អ្នកនឹងត្រូវឱ្យឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នក ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ផ្តល់ការយល់ព្រមនេះ៖

ឈ្មោះកូន

អាសយដ្ឋាន

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព

កាលបរិច្ឆេទ