

Skriftligt samtycke om deltagande i forskningsstudie - barn

”Psykisk hälsa och delaktighet för barn och ungdomar med funktionsnedsättning”

Jag vill vara med i studien och samtycker till att mina personuppgifter behandlas enligt beskrivningen i forskningspersonsinformationen:

Namn:

Födelsedatum:

Bostadsadress:

Postnummer och ort:

Telefonnummer (även riktnummer): _____

Mailadress: _____

Ort och datum	Namnteckning

Efter underskrift skickas blanketten in i medföljande frankerade svarskuvert.