

## Skriftligt samtycke om deltagande i forskningsstudie - vårdnadshavare

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

**Jag/vi vill vara med i studien och samtycker till att mina/våra/barnets personuppgifter behandlas enligt beskrivningen i forskningspersonsinformation:**

Barnets namn:

Födelsedatum:

Bostadsadress:

Postnummer och ort:

Om flera vårdnadshavare måste båda skriva under

Telefonnummer (även riktnummer): \_\_\_\_\_

Mailadress: \_\_\_\_\_

Ort och datum	Namnteckning vårdnadshavare 1
---------------	-------------------------------

Telefonnummer (även riktnummer): \_\_\_\_\_

Mailadress: \_\_\_\_\_

Ort och datum	Namnteckning vårdnadshavare 2
---------------	-------------------------------

Efter underskrift av båda vårdnadshavarna skickas blanketten in i medföljande frankerade svarskuvert.