

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 forskningspersonsinformation:

Namn: Födelsedatum:

Bostadsadress:

Postnummer och ort:

Telefonnummer (även riktnummer):

Mailadress:

Jag önskar bli kontaktad via: Telefon E-post

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Efter underskrift skickas blanketten in i medföljande frankerade svarskuvert