

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:

Jag samtycker till att svara på en kortare del av formuläret igen inom två veckor efter första svaret.

Om flera vårdnadshavare måste båda skriva under

Namn vårdnadshavare 1:

Telefonnummer (även riktnummer):

Mailadress:

Jag önskar bli kontaktad via: Telefon E-post

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

Namn vårdnadshavare 2:

Telefonnummer (även riktnummer):

Mailadress:

Jag önskar bli kontaktad via: Telefon E-post

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

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