



Samtykkeerklæring til deltakelse i forskningsprosjekt
«Barn med autisme: læring og utvikling»

I.

Som foresatte til _____ (fullt navn)
samtykker jeg/vi til at han/hun kan delta i studien.

Barnets fødselsdato: _____

Sted og dato

Foresattes signatur

Foresattes navn med trykte bokstaver

Sted og dato

Foresattes signatur

Foresattes navn med trykte bokstaver

II.

Jeg/vi samtykker til å være med på eye-tracking og/eller EEG

Ja, samtykker til eye-tracking

Nei, samtykker IKKE

Ja, samtykker til EEG

Nei, samtykker IKKE

III.

Jeg/vi samtykker til innhenting informasjon om barnets tidlige utvikling fra Helsestasjonen

Ja, samtykker

Nei, samtykker IKKE

IV.

Jeg/vi samtykker til at aidentifisert* informasjon om barnet kan deles
med andre forskningsinstitusjoner i inn- og utlandet

Ja, samtykker

Nei, samtykker IKKE

*Aidentifisert informasjon = informasjon som ikke kan knyttes til det enkelte barnet

Vi presiserer at det er mulig å krysse av for nei på ett eller flere av punktene over og allikevel være med i studien.
Vedlagt er et kontaktinformasjonsskjema som vi ønsker at dere fyller ut for å sikre at vi har oppdatert informasjon.



Kontaktinformasjonsskjema: BALU

Fint om dere skriver med trykte bokstaver
Returneres sammen med samtykkeskjemaet

Barnet bor med (sett kryss):

Mor og far: Mor: Far: Veksler mellom mor og far:

Mor:

Adresse: _____

Hjemmetelefon: _____

Mobilnummer: _____

E-post: _____

Far:

om samme adresse som mor sett kryss her (husk da å fylle ut mobilnummer og e-post)

Adresse: _____

Hjemmetelefon: _____

Mobilnummer: _____

E-post: _____

Navn på barnets barnehage: _____

Kontaktperson i barnehagen: _____