

Etude : « le défi (presque) sans écran » : étude de l'impact auprès des familles

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (rayer la mention inutile)

NOM

PRENOM

Né(e) le

Adresse

.....

Déclare avoir pris connaissance de la note d'informations et avoir compris les objectifs et le déroulement de l'étude « "le défi (presque) sans écran" : étude de l'impact auprès des familles », coordonnée par Mme Clémantine TRINQUASSE qui m'ont par ailleurs été précisés par Mme Auxane BERTRAND, étudiante en Orthophonie.

Accepte de participer à cette étude, dont les résultats pourront être publiés.

Ma participation à cette étude est volontaire. Je connais la possibilité qui m'est réservée à tout moment d'interrompre ma participation sans en fournir la raison et sans que cela me porte préjudice, ni que cela porte atteinte aux soins qui continueront à m'être prodigués.

J'ai bien noté que je ne percevrai aucune indemnité pour ma participation à cette recherche.

J'ai bien noté que j'ai le droit d'être informé des résultats globaux de cette recherche selon les modalités qui ont été précisées dans la note d'informations.

Les données de cette étude resteront strictement confidentielles.

<i>A remplir par le patient ou proche (préciser)</i>	<i>A remplir par le coordonnateur</i>
Nom:	Nom:
Prénom:.....	Prénom:.....
Fait à	Fait à
le	le
Signature :	Signature :

