

معلومات للطفل/الشباب

موافقة خطية على المشاركة في دراسة بحثية - الطفل

"الصحة النفسية والمشاركة للأطفال والشباب الإعاقة"

أنا أريد أن أكون جزءاً من الدراسة وأوافق على معالجة البيانات الشخصية الخاصة بي كما هو موضح في معلومات الشخص الباحث:

اسم الطفل: تاريخ الولادة:

عنوان السكن:

الرمز البريدي والمنطقة:

رقم الهاتف (يتضمن رقم المنطقة):

البريد الإلكتروني:

أريد أن يتم الاتصال بي عبر: الهاتف البريد الإلكتروني

| | |
|---------|------------------|
| التوقيع | المنطقة والتاريخ |
|---------|------------------|

بعد التوقيع أرسل النموذج في ظرف الرد طياً.