



SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Kryss av:

- Jeg/vi er villig til å delta i prosjektet ADHD OG OMEGA-3
- Jeg/vi samtykker i at lærer kan fylle ut relevante opplysninger om fungering på skolen
- Jeg/vi samtykker i at BUP/PRIVATSPESIALIST/PPT

_____ (sted og/eller navn) kan gi journalopplysninger som er relevant for studien

Sted og dato

Deltakers signatur (barn/ungdom over 12 år)

Deltakers navn med
blokkbokstaver: _____

Som **foresatt (e)** til _____ (fullt navn)
samtykker jeg/vi til at hun/han kan delta i prosjektet.

Sted og dato

Signatur

Foresatt 1

Sett kryss her om du har foreldreansvar alene

Foresatt 1s navn med blokkbokstaver: _____

Adresse: _____

Postnummer: _____ sted: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____

Sted og dato

Signatur **Foresatt 2**

Foresatt 2s navn med blokkbokstaver: _____

Delen nedenfor fylles ut av studiemedarbeider:

Studiemedarbeider bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur studiemedarbeider