

Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Formulaire de consentement pour le répondant

Pour plus d'information sur l'étude

Pour les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard ou de la Nouvelle-Écosse

CONTACTEZ-NOUS au
Numéro sans frais : 1-866-999-8303
français et anglais
Courriel : info@clsa-elcv.ca

Pour les résidents de Terre-Neuve ou du Labrador

CONTACTEZ-NOUS au
Numéro sans frais : 1-888-908-4988 (anglais)
Numéro sans frais : 1-866-999-8303 (français)
(Dr Gerry Mugford, chercheur local, Université Memorial)

Appuyée par le gouvernement du Canada par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne pour l'innovation

L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.



Canadian Longitudinal Study on Aging
Etude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Formulaire de consentement du répondant

J'ai lu la page d'information pour le répondant et je comprends les renseignements que j'ai lus.

J'ai eu la possibilité de poser les questions que j'avais à propos du rôle du répondant et on a répondu à toutes mes questions.

Je comprends que je peux changer d'idée et mettre fin à mon rôle de répondant pour le participant de l'ÉLCV en tout temps.

À titre de répondant pour un participant de l'ÉLCV, je recevrai une copie du formulaire de consentement du participant pour désigner un mandataire et un répondant qui inclut les instructions du participant sur la manière dont ce dernier souhaite continuer de participer à l'ÉLCV.

Veillez signer à titre de répondant pour l'ÉLCV si vous êtes la personne désignée par le participant de l'ÉLCV pour répondre aux questions de l'étude à sa place.

<p>J'accepte d'agir comme <u>répondant</u> pour le participant nommé ci-dessous dans le cadre de sa participation à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.</p> <p>Nom du participant : _____</p>	<p>Oui Non</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---

Nom du répondant : _____ Date _____

Signature du répondant : _____

<p>USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT</p> <p>Chercheur principal ou délégué</p>	
<p>Nom : _____</p>	<p>Date : _____</p>
<p>Signature : X _____</p>	