

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Enoncé du projet:** “Évaluation d’une session de formation destinée aux aidants d’utilisateurs de la technologie AAC”

**Nom du chercheur:** Pierre Boitte

**Contact et coordonnées:**

Adresse: Centre d'éthique médicale  
Département d'éthique  
41 rue du Port  
59046 Lille Cédex

Tél: +33 3 20 13 40 46

Email: pierre.boitte@univ-catholille.fr

**Veuillez parapher les cases appropriées**

1. Je confirme avoir lu le feuillet d'information correspondant à l'étude mentionnée ci-dessus et avoir eu la possibilité de poser des questions à ce sujet.
2. Je suis averti de ce que ma participation est volontaire et que je peux à tout moment y renoncer sans devoir me justifier en aucune façon.
3. Je suis averti que toute information personnelle que je fournis aux chercheurs sera conservée dans la plus stricte confidentialité. J'ai la possibilité à tout moment dans l'avenir de demander que mes coordonnées soient supprimées de la base de données si je changeais d'avis.
4. Je suis averti que l'ensemble des résultats de l'analyse de cette évaluation sont susceptibles d'être publiés dans des revues médicales ou présentés lors de conférences mais que je ne serai à aucun moment identifié de manière individuelle à ces occasions.
5. Je donne mon accord de participation à l'étude ci-dessus mentionnée.


\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne ayant reçu  
le consentement  
(si différente du chercheur)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Le chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

Exemplaires: 1 destiné au participant

1 destiné au chercheur