*Kérjük, hogy az alábbi nyilatkozat kitöltésével jelezze hozzájárulását gyermeke részvételéhez a kísérletben.*

**SZÜLŐI beleegyező nyilatkozat**

(Ko)artikulációs vizsgálat ultrahanggal / elektroglottográffal[[1]](#footnote-1)\*

kísérletben való részvételhez és a kísérleti adatok felhasználásához.

A lent nevezett gyermek szülőjeként/gondviselőjeként aláírásommal igazolom, hogy:

1. beleegyezem, hogy gyermekem részt vegyen az általam megismert tartalmú kísérletben,
2. elolvastam és megértettem az Információs lapot („Tájékoztató”),
3. nincs további kérdésem a részvétellel kapcsolatban,
4. a beleegyezésemet önként (kényszer nélkül) és befolyástól mentesen adom,
5. tudomásul veszem, hogy beleegyezésemet gyermekemnek a kutatásban való részvételére vonatkozóan bármikor visszavonhatom,
6. hozzájárulok a névtelen adatok tudományos célokra való felhasználásához, és
7. tudomásul veszem, hogy a kísérleti személyekről készült fényképeket, illetve film- vagy videofelvételeket (képi anyagokat) a LingArt kutatócsoport (saját honlapján, szórólapjain stb.) illusztrációként felhasználja. E *Szülői beleegyező nyilatkozat* aláírásával a LingArt Kutatócsoportot felruházom azzal a joggal, hogy gyermekemről a Kutatók Éjszakája programban való részvétele során készített képi anyagokból felhasználjon, nyilvánosságra hozzon és/vagy sokszorosítson.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Gyermek (kísérleti személy) neve (OLVASHATÓ)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Szülő/gondviselő neve (OLVASHATÓ) Szülő/gondviselő aláírása*

Szülő/gondviselő elérhetősége:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gyermek születési helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; ideje: \_\_\_\_\_\_(év),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(hó),\_\_\_\_\_(nap)

**Nem** egyezem bele a gyermekemről készült fényképek illusztrációként való felhasználásába:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(Hagyja üresen, ha a képanyag felhasználásába beleegyezik!) (aláírás)*

Dátum**:** Budapest, 20\_\_\_\_(év),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(hó),\_\_\_\_\_(nap)

**~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~ A kísérletvezető tölti ki: ~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Kísérletvezető neve (OLVASHATÓ) Kísérletvezető aláírása*

Budapest, 20\_\_\_\_(év),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(hó),\_\_\_\_\_(nap)

1. \* Kérjük, húzza alá a megfelelőt! [↑](#footnote-ref-1)