**Samtykke erklæring**

**Cøliakistudien i MIDIA**

Jeg har lest informasjonsbrosjyren om cøliakistudien i MIDIA og samtykker i at barnet mitt deltar i studien.

Jeg er kjent med at opplysningene vil bli behandlet strengt fortrolig og at barnet kan trekke seg når som helst fra cøliakistudien uten at barnet behøver å trekke seg fra MIDIA-prosjektet.

Samtykkeskjemaet sendes til Nasjonalt folkehelseinstitutt i vedlagte frankerte returkonvolutt.

Foreldres navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barnets navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barnets fødselsnummer (11 sifre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_