



## استمارة الموافقة للمشاركة في Kupol

أوافق أنا وطفلي على المشاركة في Kupol. كما أوافق على أن تعالج بياناتي الشخصية وبيانات طفلي ضمن الدراسة. لقد أخذت علماً بالمعلومات المكتوبة كما اتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة حول الدراسة. وأنا على دراية أن مشاركتي ومشاركة طفلي في هذه الدراسة هي طوعية تماماً، ويمكن لنا إلغائها متى اردنا بدون اعطاء أي تبرير لذلك.

### يرجى وضع علامة نعم أو لا لما يلي:

- نعم  كلا
- نعم  كلا
- نعم  كلا
- A** أعطي موافقتي هنا بأن يقوم طفلي بملاء استمارة الاستبيان، التي سوف تسجل في قاعدة بيانات الحاسوب لدى معهد كارولينسكا الطبي وأن تستخدم هذه الاجابات في مجال البحوث حول أهمية البيئة المدرسية لصحة الأطفال النفسية.
- B** أوافق على طلبكم بالحصول على المعلومات التي تخصنا انا وطفلي من السجلات المختلفة.
- C** أوافق على أن يعطي طفلي عينات من لعابه. كما أعطي موافقتي على أن يُحتفظ بهذه العينات في البنك الحيوي في مستشفى كارولينسكا الطبي وأن تستخدم هذه العينات في أغراض البحث عن تأثير المدرسة على الإجهاد النفسي (Stress) لدى الشباب صغار السن. يرجى الملاحظة أنه من الضروري أن يوقع كلا الحاضنين من أجل أن نتمكن من اخذ عينات اللعاب، إذا كان الطفل يسكن مع كلا الحاضنين.

اسم الطفل: \_\_\_\_\_ الرقم الشخصي للطفل: \_\_\_\_\_

المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_

توقيع الطفل: \_\_\_\_\_

الحاضن 1

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم الكامل: \_\_\_\_\_

صلة القرابة مع الطفل:  الاب البيولوجي  المري  الاب بالتبني  المريبة  الام البيولوجية  الام بالتبني  صلة أخرى، التوضيح رجاءً:  لدي حضانة منفردة لطفلي

## الحاضن 2

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم الكامل: \_\_\_\_\_

صلة القرابة مع الطفل:  الاب البيولوجي  الاب بالتبني  الام البيولوجية  الام بالتبني  صلة أخرى، التوضيح رجاءً:  المرية  المرية  لدي حضانة منفردة لطفلي

إذا كان لديك حضانة مشتركة ولكنك لا تعيش مع الحاضن الآخر، يرجى تسليم استمارة الموافقة الى الحاضن الاخر لكي يوقع عليها. إذا كان من الصعب عليك الوصول الى الحاضن الاخر، نرجو منك حينئذ كتابة عنوان الحاضن الاخر أدناه حتى تتمكن من الاتصال به.

الاسم (الحاضن 2): \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

من اجل ان تتمكن من الاتصال بك وبطفلك، نحتاج إلى معلومات الاتصال الخاصة بك.

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الجوال: \_\_\_\_\_

البريد الالكتروني: \_\_\_\_\_

### إرسل هذه الإستمارة في مظروف الإجابة المرفق.



شخص الإتصال  
Elin Arnö (kontaktperson)  
Forskningssamordnare  
Tel: 08 - 524 801 08  
elin.arno@ki.se

Rosaria Galanti  
Professor, projektansvarig  
Tel: 08 - 123 371 65  
rosaria.galanti@ki.se

عنوان الزيارة  
Widerströmska Huset  
Tomtebodavägen 18a  
Stockholm

الموقع الالكتروني  
Ki.se  
Kupolstudien.se

العنوان البريدي  
Karolinska Institutet  
Institutionen för folkhälsovetenskap  
Projekt Kupol  
Tomtebodavägen 18a  
Stockholm 77 171

رقم تسجيل 202100 2973