



Toestemmingsverklaring voor contact leerkracht

Hierbij verklaart (verklaren) ondergetekende(n),

dat mijn (ons) kind zal deelnemen aan de BRAIN-studie. Dit onderzoek wordt uitgevoerd aan de Wageningen Universiteit. Ik (wij) verleen (verlenen) bij dezen toestemming aan de BRAIN-onderzoekers om tijdens dit onderzoek telefonisch contact op te nemen met de leerkracht van mijn (ons) kind. Het gedrag van het kind op school zal dan besproken worden en drie korte gedragsvragenlijsten zullen worden ingevuld. Gedurende de studie zullen de onderzoekers twee keer contact opnemen; elk gesprek zal ongeveer tien minuten duren.

Dit contact is belangrijk voor het onderzoek, zodat een compleet beeld verkregen kan worden over mogelijke gedragsveranderingen bij mijn (ons) kind. Daarom verzoek (verzoeken) ik (wij) u vriendelijk om uw medewerking te verlenen aan dit onderzoek.

Naam kind:

Geboortedatum kind: ____ / ____ / _____

Naam ouder/verzorger/voogd:

Handtekening:

Datum: ____ / ____ / _____

Naam ouder/verzorger/voogd:

Handtekening:

Datum: ____ / ____ / _____

BRAIN-onderzoekers:

Dr. Saartje Hontelez
saartje.hontelez@wur.nl
0317 - 488906

Dr. J.C. Matualatupauw
juri.matualatupauw@wur.nl
0317 - 486302