

GREENGAGE-PROJEKTETS FORÆLDRESAMTYKKE

Jeg, undertegnede _____ [navn].[fødselsdato og fødested] _____
[fysisk person; juridisk enhed] _____ [kontaktoplysninger]

Kære forælder eller værge: For at dit barn kan deltage som frivillig i GREENGAGE-projektet, har vi brug for dit samtykke og dit engagement i at hjælpe dit barn med at få en produktiv og sikker oplevelse. Læs venligst denne samtykkeerklæring grundigt igennem og underskriv den. Hvis du har spørgsmål eller ønsker yderligere oplysninger, bedes du kontakte AIT (AUSTRIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY GMBH) på contact@greengage-project.eu.

- Barnets navn:
- Fødselsdato:
- Adresse:
- By/stat:
- Postnummer:
- Skole:
- Karakter:
- Den studerendes telefonnr:
- Vejlederens navn:
- Den tilsynsførendes telefonnr:
- Den tilsynsførendes adresse:

PERSON, DER SKAL UNDERRETTES I TILFÆLDE AF EN NØDSITUATION:

Navn: _____ Relationship: _____
Phone: _____

I forbindelse med og af hensyn til mit barns (nævnt ovenfor) deltagelse i GREENGAGE-projektet og relaterede aktiviteter, erklærer og accepterer jeg hermed på vegne af mit barn og mig selv følgende:

- Jeg forstår, at mit barn vil deltage i GREENGAGE-projektet og relaterede aktiviteter, og jeg giver hermed tilladelse til, at han/hun kan deltage i den egenskab.
- Jeg er indforstået med, at mit barn vil få den nødvendige orientering og oplæring, og at det vil blive oplært efter behov, så det kan udføre de tildelte opgaver på en sikker og ansvarlig måde.
- Jeg forstår, at mit barn er blevet informeret om, at GREENGAGE-projektet er et forskningsprojekt, der i øjeblikket kører under Horizon Europe-rammeprogrammet under tilskudsaf tale nr. 101086530. Koordinatoren for projektet er AIT (AUSTRIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY GMBH). Projektets koordinator kan kontaktes på contact@greengage-project.eu. Koordinatoren for denne undersøgelse kan kontaktes med hensyn til ethvert spørgsmål om mit barns deltagelse på [kontaktoplysninger].
- Hvis mit barn har brug for akut medicinsk behandling, førstehjælp eller transport til et hospital eller en medicinsk facilitet som følge af sygdom eller skade i forbindelse

med mit barns deltagelse i REENGAGE-projektet eller relaterede aktiviteter, giver jeg mit samtykke til en sådan behandling, førstehjælp og/eller transport, der kan gives til mit barn, og forstår, at REENGAGE-partnerne ikke vil være ansvarlige for eventuelle omkostninger i forbindelse med noget af det foregående.

- Jeg forstår, at mit barn som deltager i REENGAGE-projektet og relaterede aktiviteter kan deltage i fysisk aktivitet. Jeg erklærer og garanterer, at mit barn er i god fysisk form og ikke har nogen fysiske, sundhedsrelaterede eller andre problemer, som ville udelukke eller begrænse hans/hendes deltagelse i dette program eller relaterede aktiviteter eller på anden måde gøre hans/hendes deltagelse farlig eller skadelig for ham/hende eller andre, og at han/hun har lov til at deltage i fysisk aktivitet.
- Jeg giver REENGAGE-konsortiet tilladelse til at offentliggøre eller frigive billeder af mit barn til medierne i løbet af hans/hendes tid som deltager i REENGAGE-programmet, udelukkende til reklame- eller anerkendelsesformål.
 - ☐ Sæt kryds, hvis du IKKE giver samtykke til denne erklæring. Hvis dette felt ikke er markeret, betyder det, at du giver samtykke til offentliggørelse eller frigivelse til medierne. Bemærk: Erklæringen om offentliggørelse eller frigivelse af dit barns foto til medierne forhindrer ikke dit barn i at blive deltager i REENGAGE-projektet.
- Jeg er blevet informeret om formålet med projektet, og jeg har fuldt ud forstået, hvad mit barns deltagelse i undersøgelsen indebærer fra hans/hendes side [opgaver].
- Jeg har haft tid nok til at tænke, og jeg har kunnet stille alle de spørgsmål, jeg har tænkt på, og jeg har fået et klart svar på de spørgsmål.
- Jeg har fuldt ud forstået, at mit barns deltagelse er helt frivillig, og at han/hun kan trække sig tilbage når som helst uden nogen negative konsekvenser.
- Jeg forstår, at mit barn ikke får løn for sin deltagelse.
- Jeg forstår de risici, der kan være forbundet med mit barns deltagelse i denne forskning.
- Jeg forstår de fordele, som mit barns deltagelse i denne forskning medfører.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i den forskning, der udføres af [REENGAGE-konsortiet/specifik partner].

Underskrevet på: _____ on: _____
[dato]

Fuldt navn: _____ Underskrift: _____