

## Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

### **Formulaire de consentement pour le mandataire**

#### **Pour plus d'information sur l'étude**

**Pour les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard ou de la Nouvelle-Écosse**

**CONTACTEZ-NOUS au**  
**Numéro sans frais : 1-866-999-8303**  
**français et anglais**  
**Courriel : [info@clsa-elcv.ca](mailto:info@clsa-elcv.ca)**

**Pour les résidents de Terre-Neuve ou du Labrador**

**CONTACTEZ-NOUS au**  
**Numéro sans frais : 1-888-908-4988 (anglais)**  
**Numéro sans frais : 1-866-999-8303 (français)**  
**(Dr Gerry Mugford, chercheur local, Université Memorial)**

**Appuyée par le gouvernement du Canada par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne pour l'innovation**

*L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.*



Canadian Longitudinal Study on Aging  
Etude longitudinale canadienne sur le vieillissement

## **Formulaire de consentement du mandataire**

---

J'ai lu la page d'information pour le mandataire et je comprends les renseignements que j'ai lus.

---

J'ai eu la possibilité de poser les questions que j'avais à propos du rôle du mandataire et on a répondu à toutes mes questions.

---

Je comprends que je peux changer d'idée et mettre fin à mon rôle de mandataire pour le participant de l'ÉLCV en tout temps.

---

**À titre de mandataire pour un participant de l'ÉLCV, je recevrai une copie du formulaire de consentement du participant pour désigner un mandataire et un répondant qui inclut les instructions du participant sur la manière dont ce dernier souhaite continuer de participer à l'ÉLCV.**

Veillez signer, à titre de mandataire, si :

- Le participant nommé ci-dessous vous a désigné pour que vous preniez à sa place les décisions relatives à l'ÉLCV; ou
- Vous avez été désigné par la loi pour vous occuper de ses affaires.

<p>J'accepte d'agir comme <u>mandataire</u> pour le participant nommé ci-dessous dans le cadre de sa participation à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.</p> <p>Nom du participant : _____</p>	<p>Oui      Non</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>
--	---

Nom du mandataire : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du mandataire : \_\_\_\_\_

<p><b>USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT</b></p> <p>Chercheur principal ou délégué</p>	
Nom : _____	Date : _____
Signature : X _____	