



Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Numéro du/de la participant·e : _____

Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Formulaire de consentement pour le/la représentant·e

Pour plus d'information sur l'étude

Pour les résident·es 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

Pour les résident·es 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 Zhiwei Gao, chercheur principal du site, 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

Veuillez conserver cette copie dans vos dossiers.

Formulaire de consentement du/de la représentant·e

J'ai lu le document *Pages d'information pour le/ la représentant·e* 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/de la représentant·e et on a répondu à toutes mes questions.

Je comprends que l'ÉLCV respectera la confidentialité de toute information personnelle que je pourrais partager avec eux sur moi-même ou le/la participant·e à la recherche pour qui j'ai accepté d'agir comme représentant·e.

Je comprends que je peux changer d'idée et mettre fin à mon rôle de représentant·e pour le/la participant·e à la recherche de l'ÉLCV en tout temps. Je comprends que mon retrait comme représentant·e n'équivaut pas au retrait du/de la participant·e de l'ÉLCV.

Je comprends que si on ne parvient pas à me joindre après trois tentatives, l'ÉLCV considérera que je me suis retiré·e de ce rôle. Dans ce cas, je pourrais être remplacé·e comme représentant·e si le/la participant·e a désigné des représentant·es suppléant·s.

Vous pouvez être le/la représentant·e du/de la participant·e si vous avez été nommé·e pour ce rôle par le/la participant·e ou si vous avez été désigné·e par la loi pour prendre des décisions en son nom.

Veuillez signer si vous acceptez d'agir à titre de représentant·e dans l'ÉLCV pour le/la participant·e à la recherche nommé ci-dessous.

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

Nom du/de la représentant·e : _____ **Date** _____

Signature du/de la représentant·e : _____

USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT

Chercheur·se principal·e ou délégué·e

Nom : _____ **Date:** _____

Signature: _____



www.cls-a-elcv.ca



SIMON FRASER UNIVERSITY
ENGAGING THE WORLD



Inspiring Innovation and Discovery



Centre universitaire
de santé McGill
Institut de recherche



McGill University
Health Centre
Research Institute



a place of mind
THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA