

Formulaire de consentement éclairé/ permission de participation à une étude :



Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ École : _____

Nom de la mère : _____ Tél : _____

Nom du père : _____ Tél : _____

Adresse mail:(mère) : _____ (père) : _____

J'accepte que l'étudiante en odontologie (chirurgie dentaire) Elena Cedarry, intervienne auprès de mon enfant pour participer à une étude intitulée

« L'hypominéralisation des molaires et incisives: étude de prévalence et recherche de facteurs favorisants à partir d'un échantillon d'enfants basques âgés de 7 à 10 ans »

J'accepte que mon enfant participe à cette étude, je comprends que sa participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper sa participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et l'enfant conserve tous ses droits garantis par la loi.

Au cours de cette expérience, j'accepte que toutes les données soient recueillies (âge, sexe et présence d'hypominéralisation ou non sur les dents de l'enfant) ainsi que la consultation du carnet de santé.

Cette étude consiste en une simple observation dentaire sans geste invasif sur l'enfant. Éventuellement des photos de dents pourront être réalisées sans inclure le visage de l'enfant. Je comprends que les informations recueillies sont **strictement confidentielles** et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que son identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information le concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé par l'UFR d'Odontologie de l'Université de Bordeaux.

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant : _____

Date et lieu : _____

Signature :