

**CERTIFICATE OF ACCURATE TRANSLATION**

STATE OF TENNESSEE

COUNTY OF Davidson  
 (Name of County)

Yaned Ivens, being first duly  
 (Name of Translator /Reviewer-- Printed)

sworn on oath deposes and says that:

1. I am familiar with the Spanish and English languages:  
 (Name of Language)

2. I have reviewed the attached translation from the annexed document in the  
Spanish language and hereby certify that the same  
 (Name of Language)

is a true and complete translation to the best of my knowledge, ability and belief.

(Signature)  
 (Signature of Translator/Reviewer)

Subscribed and sworn to before me

this 15<sup>th</sup> day of April, 2024  
 (Month) (Year)

Eileen Bernstein  
 Notary Public, State of Tennessee

My commission expires: 5/9/2026



This translation is only valid if the Tennessee Language Center's embossed seal is present on this page.

The Tennessee Language Center does not vouch for the authenticity of the original document(s).

**Translator's Information:**

Street Address	City	Zip	Phone (day)	TFLI Federal ID Number
220 French Landing Drive, Suite 1-B	Nashville	37243	615.741.7579	62-6001636

**ASENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**  
**Arraigarse en la jardinería**

1. Mi nombre es [].
  
2. Se le ha pedido que participe en un estudio de investigación porque queremos entender mejor cómo los estudiantes aprenden sobre la jardinería. Lo cual incluye aprender sobre alimentos saludables, entender de ciencias y matemáticas, y saber de dónde provienen los alimentos.
  
3. Si acepta participar en este estudio, completará un examen previo para decirnos lo que ya sabe sobre jardinería y nutrición. Ofreceremos nueve programas de jardinería. Le haremos preguntas sobre lo que está aprendiendo a mitad del programa. Al final, le preguntaremos lo que aprendió en un examen posterior. Estos exámenes no afectan sus calificaciones y se usarán para ayudarnos a entender cómo mejorar nuestro programa. Durante las lecciones, podríamos usar recetas para hacer bocadillos saludables, cultivar plantas y ver criaturas interesantes en el exterior. Se impartirán las lecciones dentro de la escuela, pero podríamos salir afuera también. Si tiene alguna alergia alimentaria, no se le pedirá que coma alimentos como parte de este estudio. Si tiene alguna alergia alimentaria, no se le pedirá que coma nada a lo que sea alérgico. Sus padres nos notificarán si tiene alguna alergia alimentaria.
  
4. Al cultivar y preparar alimentos, es posible que se lastime, como rasguñarse o cortarse, o incluso que no se sienta bien después de probar un alimento. Siempre tendremos un botiquín de primeros auxilios a mano y le enseñaremos a usar las herramientas de forma segura. Pondremos un código especial en sus exámenes en lugar de su nombre para evitar que otros sepan sobre su participación.
  
5. Al participar en este programa, aprenderá sobre jardinería, nutrición y ciencia.
  
6. Consúltelo con sus padres antes de decidir participar o no. También le pediremos a sus padres que den su autorización para que usted participe en este estudio. Pero incluso si sus padres dicen que "sí", de todas formas puede decidir no hacerlo.
  
7. Si no desea participar en este estudio, no tiene que hacerlo. Recuerde, estar en este estudio depende de usted y nadie se molestará si no desea participar o incluso si cambia de opinión más adelante y desea abandonarlo. Si decide no participar en este estudio, de todas formas podrá participar en el programa como parte de su clase, pero no se recopilarán datos de la investigación.
  
8. Puede hacer cualquier pregunta que tenga sobre el estudio. Si más adelante tiene alguna pregunta en la que no pensó ahora, puede pedir a sus padres que me llamen al 865-974-4265 o preguntarme la próxima vez.
  
9. Al firmar su nombre en la parte inferior significa que acepta participar en este estudio. Usted y sus padres recibirán una copia de este formulario una vez que lo haya firmado.

---

Nombre del estudiante

---

Fecha

ASSENT TO PARTICIPATE IN RESEARCH  
Getting Rooted in Gardening

1. My name is [identify yourself to the child by name].
2. We are asking you to take part in a research study because we are trying to learn more about how students learn about gardening. This includes learning about healthy foods, understanding science and math, and knowing where food comes from.
3. If you agree to be in this study, you will complete a pre-test to tell us what you already know about gardening and nutrition. We will offer nine garden programs. We will ask you questions about what you are learning midway through the program. At the end, we will ask you what you learned in a post-test. These tests will not affect your grade and will be used to help us learn how to make our program better. During the lessons, we might follow recipes to make healthy snacks, grow plants, and see interesting creatures outside. We will do the lessons inside your school, but we might go outside, too. If you have a food allergy, you will not be required to eat food as part of this study. If you have any food allergies you will not be required to eat anything that you are allergic to. Your parents will notify us if you do have any food allergies.
4. When gardening and preparing food, it is possible that you might get hurt such as getting a scrape or cut, or even not feeling well after trying a food. We will always have a first aid kit nearby and will teach you how to safely use tools. We will put a special code on your tests instead of your name to prevent others from knowing about your participation.
5. By taking part in this program, you will learn about gardening, nutrition and science.
6. Please talk this over with your parents before you decide to participate or not. We will also ask your parents to give their permission for you to take part in this study. But even if your parents say “yes” you can still decide not to do this.
7. If you don’t want to be in this study, you don’t have to participate. Remember, being in this study is up to you and no one will be upset if you don’t want to participate or even if you change your mind later and want to stop. If you choose to not be in this study, you will still be able to take part in the program as part of your class, but research data will not be collected.
8. You can ask any questions that you have about the study. If you have a question later that you didn’t think of now, you can have your parents call me at 865-974-4265 or ask me next time.
9. Signing your name at the bottom means that you agree to be in this study. You and your parents will be given a copy of this form after you have signed it.

Name of Student

Date

IRB NUMBER: UTK IRB-23-07699-XP  
IRB APPROVAL DATE: 12/01/2023  
IRB EXPIRATION DATE: 11/30/2024