

Nous, soussignés :

**la mère :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

née le \_\_ / \_\_ / \_\_

**le père**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

né le \_\_ / \_\_ / \_\_

**de l'enfant :** \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_

exprimons notre refus que notre enfant bénéficie des tests prévus par le programme national de vérification de l'audition des nouveau-nés par les professionnels identifiés par le Réseau Périnatal Lorrain que nous déchargeons de toute responsabilité quant aux conséquences éventuelles d'une telle absence de test.

Fait le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Signature de la mère :

Signature du père :

Nom et signature d'un médecin, éventuellement :

Dr \_\_\_\_\_

Nom et signature d'un témoin, éventuellement :

Mme/Mr \_\_\_\_\_

phase 1     phase 2     phase 3

**Coordination Audition Lorraine**

Réseau Périnatal Lorrain - 10 rue du Docteur Heydenreich – cs 74213- 54042 NANCY Cedex  
Tél. : 03 83 85 22 30 – Fax : 03 83 34 44 49 - [alo@chru-nancy.fr](mailto:alo@chru-nancy.fr)