

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