

Je soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom(s) : _____ né le : __ / __ / __, la mère,

NOM : _____ Prénom(s) : _____ né le : __ / __ / __, le père déclaré

de l'enfant :

NOM : _____ Prénom(s) : _____ né(e) le : __ / __ / __

à _____

déclare avoir reçu une information sur la vérification de l'audition proposée à mon enfant conformément à l'**arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale**, par le

Dr _____ le __ / __ / ____

à _____

et confirme mon refus immédiat et définitif que mon enfant bénéficie des tests de ce dépistage par le personnel de l'établissement : _____ que je décharge de toute responsabilité quant aux conséquences éventuelles d'une telle absence de test.

J'ai bien noté que, par ce refus, mon enfant sort totalement et définitivement du champ d'action du **Programme Lorrain de Vérification de l'Audition du Nouveau-Né** que je décharge de toute responsabilité quant aux conséquences éventuelles de ce refus.

Fait le : __ / __ / ____ à _____

Signature de la mère :

Signature du père déclaré :

Signature du médecin :

Signature du témoin éventuel :

NOM : _____ Prénom(s) : _____

Qualité : _____

- 1 exemplaire pour le dossier médical de l'enfant
- 1 exemplaire destiné à la Coordination du PLVANN
- 1 exemplaire pour les parents

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