

REFUS DU DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux de l'enfant désigné ci-dessous :

Identité de l'enfant
Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

La mère de l'enfant	Le père de l'enfant
Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....	Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Nous 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 Champagne-Ardenne. Nous déchargeons le Réseau Périnatal Champagne-Ardenne de toute responsabilité quant aux conséquences éventuelles d'une telle absence de test.

Fait le :/...../..... à

Signature de la mère

Signature du père