

**Document de refus du test auditif**

**PROGRAMME DE DÉPISTAGE NÉONATAL SYSTÉMATIQUE DE LA  
SURDITÉ  
EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE**

Je,  
soussigné,.....

Adresse  
.....  
.....  
.....

refuse que soit pratiqué le test de dépistage néonatal de la surdité sur mon  
enfant.

J'accepte que le refus soit consigné dans la base de données.

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Signature des parents

.....

Signature du testeur

.....