



Accord parental pour le dépistage néonatal des troubles auditifs en Westphalie-Lippe

Nom :

Adresse :

J'autorise la participation de mon enfant au test de dépistage auditif, ainsi que la transmission de données à la centrale de dépistage de Westphalie-Lippe et aux médecins chargés des traitements ultérieurs.

Lieu, date : _____ signature : _____

Je m'oppose à la conduite des examens et à la transmission des données.

Lieu, date : _____ signature : _____

J'autorise la participation de mon enfant au test de dépistage auditif, mais je m'oppose à la transmission des données à la centrale de dépistage de Westphalie-Lippe et aux médecins chargés des traitements ultérieurs.

Lieu, date : _____ signature : _____