

# FAC-SIMILÉ du CONSENTEMENT

"Après avoir été informés , nous soussignés  
(noms, prénoms)..... mère, père de l'enfant  
(nom, prénom)..... né(e) le .....

autorisons

n'autorisons pas

les médecins responsables du dépistage néonatal à réaliser,  
si besoin, un test génétique pour le dépistage de la  
mucoviscidose."

signatures des parents