**Déclaration sur l’honneur pour adhésion de l’hôpital au programme de dépistage**

**néonatal systématique de la surdité en Communauté française**

Ce document peut être obtenu sous format électronique en adressant un courriel à [depistageneonatal@one.be](mailto:depistageneonatal@one.be).

A renvoyer à ONE, Direction Santé, Chaussée de Charleroi, 95, 1060 Bruxelles.

Je soussigné (nom et prénom de la personne qui engage l’institution)

……………………………………………………………………….

Agissant en qualité de …………………………………………………………………………………

Pour (dénomination et adresse du réseau hospitalier)

……………………………………………………………………......................................................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Atteste que l’institution hospitalière que je représente et le service de maternité de l’institution :

* adhère au programme de dépistage néonatal systématique de la surdité et à son protocole ;
* remplit les conditions prévues dans l’Arrêté du Gouvernement de la Communauté française en matière de dépistage néonatal systématique de la surdité du 27 mai 2009 ;
* s’engage à rentrer trimestriellement auprès de l’administration de l’ONE les déclarations de créance suivant le modèle fourni par l’ONE ;
* s’engage à limiter la participation financière demandée aux parents à 12,81 € maximum (tarif 2022 à indexer).

Les maternités participantes de ce réseau hospitalier sont (sites et adresses)

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Nom de la personne contact pour le suivi du programme :

…………………………………………………………………………………………………………..

N° de téléphone où on peut la joindre :

Adresse email pour la joindre :

Date Signature

…………………………… …………………………….