

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR LE MEDECIN GENERALISTE

NOM DU MEDECIN.....

SPECIALITE EN.....

ADRESSE DU CABINET

TELEPHONE.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné..... , médecin,
certifie avoir examiné aujourd'hui M/Mme
né/e/ à.....le.....,
demeurant à

Le/la patient(e) est en bonne santé physique.

Il / elle ne présente pas de maladies chroniques

Il / elle présente une / plusieurs maladies chroniques :

.....

qui est / sont traitée(s) / contrôlée(s)

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Il / elle ne présente pas de maladies vénériennes contagieuses

Il / elle présente une / plusieurs maladies vénériennes :

.....

qui est / sont traitée(s) / contrôlée(s)

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Il/elle ne souffre pas d'autres maladies menaçant la vie

Il / elle souffre de

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Il / elle a des antécédents de

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Les analyses sérologiques de HIV sont négatives/ positives.

Le présent certificat est délivré à M/Mme.....
pour lui servir dans la procédure d'une adoption d'enfant à l'étranger.

Fait le :

Signature :

Cachet :