

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR LE MEDECIN PSYCHIATRE

NOM DU MEDECIN.....

SPECIALISTE EN PSYCHIATRIE

ADRESSE DU CABINET.....

TELEPHONE.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné , médecin et spécialiste en psychiatrie, certifie que M/Mme né/e/ à , le , demeurant à.....

est en bonne santé psychique et n'a pas déclaré/ a déclaré des antécédents de maladie mentale

Si déclaration d'antécédents, veuillez préciser de quelle pathologie il s'agit et le traitement proposé et le contrôle éventuel exercé

Et / mais présente un état de santé compatible pour l'adoption d'un enfant à l'étranger.

Fait le :

Signature :

Cachet :