

**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 satisfait aux conditions d'aptitude médicale requises pour l'adoption d'un enfant à l'étranger.

Fait le :

Signature :

Cachet :

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS - CONSEIL NATIONAL:

M..... , médecin, est inscrit régulièrement à l'Ordre du Département..... sous le N°.....

Cachet