

ATTESTATION ETABLIE PAR LE MEDECIN

NOM DU MEDECIN.....

SPECIALITE EN.....

ADRESSE DU CABINET

TELEPHONE.....

ATTESTATION

Je soussigné(e)..... , médecin,
atteste avoir renseigné pour le remplissage du questionnaire d'aide à
l'apparement pour le **Portugal** M./Mme

.....
demeurant à

Le présent certificat est délivré à M./Mme.....
pour lui /leur servir dans la procédure d'une adoption d'enfant au **PORTUGAL**.

Fait le :

Signature :

Cachet :