

**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 :