

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), docteur en médecine (nom et prénom)
Certifie que j'ai examiné ce jour M./Mme/Mlle (nom et prénom).....
.....

Nationalité :
Date et lieu de naissance.....
Domicilié(e)

Et qu'il/elle ne souffre pas de l'une des maladies suivantes telles que reprises à l'Annexe de la loi du 15/12/1980 pouvant mettre en danger la santé publique :

1. maladies quaranténaires visées dans le règlement sanitaire international n°2 du 25 mai 1951, de l'Organisation mondiale de la santé ;
2. tuberculose de l'appareil respiratoire active ou à tendance évolutive ;
3. autres maladies infectieuses ou parasitaires contagieuses pour autant qu'elles fassent, dans le pays d'accueil, l'objet de dispositions de protection à l'égard des nationaux ;

Délivré à le
Signature du docteur

Cachet du cabinet du docteur

<p>Le cas échéant, Visa de l'Ambassade, du Consulat Général ou du Consulat (Sceau) A....., le</p>
