

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/ àle.....,
demeurant à

Le/la patient(e) est en bonne santé physique et ne souffre pas de graves
maladies chroniques, ni de maladies vénériennes contagieuses, ni de tuberculose
ni d'autres maladies menaçant sa vie.

Les analyses sérologiques de HIV sont négatives.

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 :

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS - CONSEIL NATIONAL:

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

Cachet