

NOM: **moheddine**
NATIONALITE: **algerien**
PRENOM: **mosbeh**
AGE: **20**
(au cabinet médical)

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNE (E) **moheddine ##prenom##**
DOCTEUR EN MEDECINE, CERTIFIE
AVOIR EXAMINE AUJOURD'HUI M. / Mme.....
LE/LA PATIENT(E) EST EN BONNE SANTE PHYSIQUE ET NE SOUFFRE PAS DE
GRAVES MALADIES CHRONIQUES OU VENERIENNES, DE TUBERCULOSE NI
D'AUTRE MALADIE MORTELLE.
LES ANALYSES SEROLOGIQUES HIV : NEGATIVES

LE PRESENT CERTIFICAT EST DELIVRE AU PROFIT DE M. /Mme
EN VUE D'UNE ADOPTION INTERNATIONALE.

D
A
T
E

S
I
G
N
A
T
U
R

E

C

A

C

H

E

T

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS – CONSEIL NATIONAL :

LE DOCTEUR.....EST REGULIEREMENT INSCRIT A L'ORDRE DES
MEDECINS DU

DEPARTMENT.....SOUS LE N°

CACHET

Evaluation Warning: The document was created with Spire.Doc for .NET.