

NOM: ##Nom##
NATIONALITE: ##Nationalite##
PRENOM: ##prenom##
AGE:##Age##
(au cabinet médical)
Adresse: ##adresse##

**CERTIFIC
AT
MEDICAL**

JE SOUSSIGNE (E) ##Nom## ##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 MALADIESCHRONIQUES 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