

NOM.....
SPECIALITE.....
ADRESSE.....
TELEPHONE.....
(au cabinet médical)

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNE (E).....

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.

DATE

SIGNATURE

CACHET

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS – CONSEIL NATIONAL :

LE DOCTEUR.....EST REGULIEREMENT INSCRIT A L'ORDRE DES MEDECINS DU
DEPARTMENT.....SOUS LE N°

CACHET