

CERTIFICAT MEDICAL/ MEDICAL REPORT

Nom du patient : _____ **Prénom** _____
Last Name First Name

Adresse : _____
Address

Merci de noter d'une croix les affections dont la personne en référence a été ou serait atteinte :
Tick the appropriate box and if the above mentioned person suffers from or has ever had.

Tuberculose / Tuberculosis :	<input type="checkbox"/>	Migraines / Headaches :	<input type="checkbox"/>
Diabète / Diabetes :	<input type="checkbox"/>	Asthme / Asthma :	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme / Rheumatic fever :	<input type="checkbox"/>	Hépatite / Hepatitis :	<input type="checkbox"/>
Dépression / Depression :	<input type="checkbox"/>	Anorexie / Anorexia :	<input type="checkbox"/>
Boulimie / Bulimia :	<input type="checkbox"/>	Epilepsie / Epilepsy :	<input type="checkbox"/>

Les capacités physiques de la personne sont-elles limitées ? OUI NON
Are her/his physical abilities restricted in any way?

La personne en référence prend-elle des médicaments en ce moment ? OUI NON
Is the above mentioned person currently taking medications ?

La personne en référence souffre-t-elle de maladies chroniques ? OUI NON
Does the above mentioned person have any chronic or recurring illness?

La personne en référence souffre-t-elle d'allergies ? (merci de préciser) OUI NON
Does the above mentioned person suffer from any allergies? (please specify)

La personne en référence présente-t-elle une contre-indication à la garde d'enfants ? OUI NON
Does the above mentioned person show any contra-indication regarding looking after children

La personne en référence présente-t-elle une contre-indication à effectuer un séjour à l'étranger ? OUI NON
Does the above mentioned person show any contra-indication regarding a stay abroad ?

Peniciline / Pencilin : Animaux / Animals :

Autres médicaments / Other drugs : Piqûres d'insectes / Insect stings :

Aliments / Food additives : Rhume des foins / Hay fever :

Autres / Others :

Si vous avez répondu oui à l'une des affections précédentes, précisez la période et le traitement suivi :
If you have answered "yes" to any of the above please precise the dates and the treatment :

Merci de noter d'une croix l'état médical général du/de la candidate
Please review the information provided overleaf, and give your opinion of the applicants general state of health.

Très bon/Excellent Bon/Good Satisfaisant/Fair Mauvais/Poor

Nom et adresse du médecin / Doctor's name and address :

Date/ date : _____ Signature / signature : _____

Cachet du médecin/ doctor's stamp