

Certificat médical

Nom, prénoms :

Sexe :

Date et lieu de naissance :

Domicile et téléphone :

.....

.....

.....

Passeport n°

Délivré le par la Valable jusqu'au

Je soussigné Docteur, Docteur en Médecine Générale, certifie que est à jour de ses vaccinations et ne présente aucune affection contagieuse cliniquement décelable. Les sérologies pratiquées à la recherche de maladies sexuellement transmissibles sont négatives. La radiographie pulmonaire est indemne d'affection évolutive y compris la tuberculose.

Nom de la maladie	Date de l'examen clinique	Méthodes d'analyses médicales,	Résultat des analyses	Nom, adresse et cachet de l'autorité médicale
Toxicomanie		Sérologie et analyses urinaires		
Tuberculose		Radiographie de la cage thoracique		
Lèpre, chancre mou et granulome inguinal		Examen clinique		
Syphilis et VIH		ELSA (sang)		

Certificat médical établi à la demande de et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin