

**CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

NOM DU MEDECIN.....

SPECIALITE EN.....

ADRESSE DU CABINET .....

TELEPHONE.....

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné..... , médecin,  
certifie avoir examiné aujourd'hui M/Mme .....  
né/e/ à.....le.....,  
demeurant à .....

Le/la patient(e) est en bonne santé physique.

Il / elle ne présente pas de maladies chroniques

Il / elle présente une / plusieurs maladies chroniques :

.....

qui est / sont traitée(s) / contrôlée(s)

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Il / elle ne présente pas de maladies vénériennes contagieuses

Il / elle présente une / plusieurs maladies vénériennes :

.....

qui est / sont traitée(s) / contrôlée(s)

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Il/elle ne souffre pas de tuberculose

Il / elle a la tuberculose

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Il/elle ne souffre pas d'autres maladies menaçant la vie

Il / elle souffre de .....  
(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Il / elle a des antécédents de .....

(indiquer le traitement ou les examens de contrôle réalisés et leur périodicité)

.....

Les analyses sérologiques de HIV sont négatives/ positives.

Le présent certificat est délivré à M/Mme.....  
pour lui servir dans la procédure d'une adoption d'enfant à l'étranger.

Fait le :

Signature :

Cachet :

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS - CONSEIL NATIONAL:

M. ...., médecin, est inscrit régulièrement  
à l'Ordre du Département..... sous le N°.....

Cachet

**CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR LE MEDECIN PSYCHIATRE**

NOM DU MEDECIN.....

SPECIALISTE EN PSYCHIATRIE

ADRESSE DU CABINET.....

TELEPHONE.....

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné ..... , médecin et spécialiste en psychiatrie, certifie que M/Mme ..... né/e/ à ..... , le ..... , demeurant à.....

est en bonne santé psychique et n'a pas déclaré/ a déclaré des antécédents de maladie mentale

Si déclaration d'antécédents, veuillez préciser de quelle pathologie il s'agit et le traitement proposé et le contrôle éventuel exercé

Et / mais présente un état de santé compatible pour l'adoption d'un enfant à l'étranger.

Fait le :

Signature :

Cachet :

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS - CONSEIL NATIONAL:

M..... , médecin, est inscrit régulièrement à l'Ordre du Département..... sous le N°.....

Cachet