

**Ärztliches Attest Medical
Certificate
Certificat Medical
Certificado Medico
Медицинская справка**

Name / Surname / Nom / Apellido/Фамилия:

Vorname/ Name/ Prenom/ Nombre/ Имя:

Anschrift/ Address/ Adresse/ Direccion/ Адрес:

geboren am/ Date of Birth/ Nee le/ fecha de nacimiento/ дата рождения:

Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen einen Aufenthalt als Au pair im Ausland bestehen ärztlicherseits keine Einwände.

The patient mentioned above is at present free from infectious diseases and is in good physical and mental condition. There are no medical objections to a stay as an au pair abroad.

Le/la patient/e susmentionne/e n'est actuellement pas atteint/e de maladies contagieuses et est en bonne sante physique et psychique. Du point de vue medical il n'existe aucune objection a un séjour au pair a l'étranger.

El/la paciente mencionado/a arriba no padece actualmente de enfermedades contagiosas y se encuentra fisica y psiquicamente bien. De punto de vista medico no se tiene nada en contra de una estancia en el exterior como Au pair.

Вышепоименованный пациент в настоящее время не имеет инфекционных заболеваний и находится в хорошем физическом, психическом и умственном состоянии. У пациента отсутствуют медицинские противопоказания для работы с детьми за рубежом.

TBC: getestet, tested, teste, negativ/e, negatif positiv/e, positif h nicht getestet/
nontested, non-teste, Туберкулёз: тест проведён отрицательный оложительный
тест не проводился

An AIDS erkrankt: getestet, tested, teste negativ/e, negatif positiv/e, positif nicht
getestet/ non-tested, (SIDA) non-teste, СПИД: тест проведён отрицательный
положительный тест не проводился

Hepatitis: gestestet, tested, test negativ/e, negatif positiv/e, positif nicht getestet/ non-
tested, (hepatite) non-teste, Гепатит: тест проведён отрицательный
положительный тест не проводился

Bemerkungen: Remarks: Remarque: Comentarios: Примечания:

Name und Anschrift des Arztes:

Name and address of the doctor:
Nom et adresse du medecin:

Apellido y direccion del medico:
Ф.И.О. и адрес врача:

Ort, Datum: Place, Date:
Lieu, Date: Lugar, Fecha:
Место, Дата:

Unterschrift/ Stempel des Arztes:

Signature/ Stamp of the doctor:
Signature/ Tampon du medecin:
Firma/ Cuno del medico:
Подпись/ Печать врача: