

**Ärztliches Attest Medical
Certificate
Certificat Médical
Certificado Médico
Медицинская справка**

Name/ Surname/ Nom/ Apellido

/Фамилия: _____

Vorname/ Name/ Prénom/ Nombre/

Имя: _____

Anschrift/ Address/ Adresse/ Dirección/ Адрес:

geboren am/ Date of Birth/ Née 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 susmentionné/e n'est actuellement pas atteint/e de maladies contagieuses et est en bonne santé physique et psychique. Du point de vue médical il n'existe aucune objection à un séjour au pair à l'étranger.

El/la paciente mencionado/a arriba no padece actualmente de enfermedades contagiosas y se encuentra física y psíquicamente bien. De punto de vista médico 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, testé, negativ/e, negatif positiv/e, positif nicht getestet/ non-tested, non-testé

Туберкулёз: тест проведён отрицательный положительный тест не проводился

An AIDS erkrankt: getestet, tested, testé negativ/e, negatif positiv/e, positif nicht getestet/ non-tested, non-testé

СПИД: тест проведён отрицательный положительный тест не проводился

Hepatitis: getestet, tested, test negativ/e, negatif positiv/e, positif nicht getestet/ non-tested, non-testé

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 médecin:

Apellido y dirección del médico:

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 médecin:

Firma/ Cuño del médico:

Подпись/ Печать врача: