

## Certificat médical / *Medical certificate*

Je soussigné(e), Docteur / *The undersigned Doctor in medicine* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / *Certifies that he / she has examined this day Mr. / Mrs. / Miss* : \_\_\_\_\_

Né(e) le / *Date of birth* : \_\_\_\_\_

Demeurant à / *Place of residence* : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à l'exercice des tâches relatives au séjour au pair. / *And found the patient at present free of any disease which may interfere with his / her duties as an au pair.*

Ce certificat a été établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit. / *The present certificate has been issued at the request of the party concerned and delivered by hand for all legal intents and purposes.*

À / *Place* \_\_\_\_\_, le / *Date* \_\_\_\_\_

Signature / *Signature* : \_\_\_\_\_