



MEDICAL REPORT CERTIFICAT MÉDICAL / ÄRZTLICHES ATTEST (bitte in engl. / franz. und Druckbuchstaben ausfüllen)

Surname of patient _____ **First name of patient** _____
Nom de famille du patient/Familiennamen des Patienten Prénom du patient/Vorname des Patienten

How long do you know the patient? _____
Depuis combien de temps connaissez-vous le patient?/Wie lange kennen Sie den Patient?

Are there any medical reasons against the patient going abroad as an Au Pair?
Du point de vue médical, quelque chose s'oppose-t-il à un séjour à l'étranger?/Bestehen aus ärztlicher Sicht Bedenken gegen einen Aufenthalt als Au Pair im Ausland?

Yes
Oui/Ja

No
Non/Nein

If yes, which: _____
Si oui, quelles/Wenn ja, welche?

Does the patient suffer from any serious illness/es?
Quelle est la constitution physique et psychique du patient?/Leidet der Patient unter chronischen Krankheiten?

Yes
Oui/Ja

No
Non/Nein

If yes, which: _____
Si oui, quoi/Wenn ja, welche?

Does the patient require a regular dosis of medicine?
Le patient doit-il prendre régulièrement des médicaments?/Si oui, lesquelles?/Benötigt der Patient regelmäßig Medikamente?

Yes
Oui/Ja

No
Non/Nein

If yes, which: _____
Si oui, quoi/Wenn ja, welche?

Under your knowledge has/does the patient suffered/suffer from any illness that suggests her not going abroad as an Au Pair. Perhaps an Allergy (please enclose a copy of pass), hayfever, asthma, depression, tuberculosis, rheumatism, migraines, diabetes, bulimie, polio, HIV infection etc.

Autant que vous sachiez, le patient souffre-t-il ou a-t-il souffert de maladies qui représentent un gêne pour séjour Au Pair à l'étranger (par exemple, allergies (joindre un copie du carnet médical allergies) rhume des foies, tuberculose, astme, dépressions, migraine, rhumatisme, diabète, hépatite, ulcères de l'estomac, boulimie, olio, infection HIV etc.)
Leidet oder litt der Patient Ihres Wissens nach an Krankheiten, die den Aufenthalt als Au Pair im Ausland beeinträchtigen können (z.B. Allergien - bitte fügen Sie eine Kopie des Allergiepasses bei -, heuschnupfen, Tuberkulose, Asthma, Depressionen, Migräne, Rheuma, Diabetes, Hepatitis, Magengeschwüre, Bulimie, Polio, HIV-Infektion etc.)

Yes
Oui/Ja

No
Non/Nein

If yes, which: _____
Si oui, quoi/Wenn ja, welche?

How is the physical and mental condition of the patient?
Quelle est la constitution physique et psychique du patient?/Wie ist die physische und psychische Verfassung des Patienten ?

excellent
très bien/sehr gut

good
bonne/gut

sufficient
suffisante/ausreichend

Doctor's name and adress: _____
Nom et adresse du médecin/
Name und Anschrift des Arztes

Date _____
date/Datum

Stampe and Signature _____
chacnet et signature/Stempel und Unterschrift