

Ärztliches Attest
Medical Certificate
Certificat Médical
Certificado Médico
Swiadectwo Zdrowia

Adresse:

IN VIA Diözesanverband Paderborn
für Mädchen- und Frauensozialarbeit e.V.
Uhlenstraße 7
33098 Paderborn



Tel.05251/209-332

Name/Surname/Nom/Apellido: _____

Vorname/Name/Prénom/Nombre: _____

Anschrift/Address/Adresse/Dirección: _____

geboren am/Date of Birth/Née le/fecha de nacimiento: _____

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.

Pacjent/ka wyzej wymieniony/a nie jest zarazony/a chorobami zaraźliwymi, jest w dobrej kondycji zdrowotnej i mentalnej. Nie ma żadnych medycznych przeciwwskazań aby pracował/a jako opiekun/ka dla dzieci poza granicami Polski.

Bemerkungen/Remarks: _____

Remarque/Comentarios: _____

Name und Anschrift des Arztes: _____

Name and address of the doctor: _____

Nom et adresse du médecin: _____

Apellido y dirección del médico: _____

Ort, Datum/Place, Date: _____

Lieu, Date/Lugar, Fecha : _____

Unterschrift/Stempel des Arztes: _____ Stempel :

Signature/Stamp of the doctor: _____

Signature/Tampon du médecin: _____

Firma/Cuño del médico: _____