

Ärztliches Attest  
Medical Certificate  
Certificat Médical  
Certificado Médico  
Swiadectwo Zdrowia

IN VIA Katholischer Verband für Mädchen- und  
Frauensozialarbeit

Adresse:

Juni 2011



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.

Il sopra chiamata paziente é libero di malattia infettarsi e é fisico e psichico sano. Contra un soggiorno come Au-pair nel estero non esistenza riflessichi medici.

El/la paciente mencionado/a arriba no padece actualmente de enfermedades contagiosas y se encuentra fisica 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 zarazliwymi, jest w dobrej kondycji zdrowotnej i mentalnej. Nie ma zadnych medycznych przeciwszkazan aby pracowal/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: \_\_\_\_\_