

CERTIFICAT MEDICAL POUR UN REGROUPEMENT FAMILIAL
(Application des articles 10 et 10bis de la loi du 15/12/80)

Je soussigné(e), docteur en médecine (nom et prénom)

Certifie que j'ai examiné ce jour M./Mme/Mlle (nom et prénom).....

.....

Nationalité :.....

Date et lieu de naissance.....

Domicilié(e)

Et qu'il/elle ne souffre pas de l'une des maladies suivantes telles que reprises au point A de l'Annexe de la loi du 15/12/1980 pouvant mettre en danger la santé publique :

1° maladies quaranténaires visées dans le règlement sanitaire international n° 2 du 25 mai 1951, de l'Organisation mondiale de la santé ;

2° tuberculose de l'appareil respiratoire active ou à tendance évolutive ;

3° syphilis ;

4° autres maladies infectieuses ou parasitaires contagieuses pour autant qu'elles fassent, dans le pays d'accueil, l'objet de dispositions de protection à l'égard des nationaux ;

Délivré à le

Signature du docteur

Cachet du cabinet du docteur

Le cas échéant,

Visa de l'Ambassade, du Consulat Général ou du Consulat

(Sceau)

A....., le