

(francia)

CERTIFICAT MÉDICAL

Par la présente nous certifions que _____

né le _____ à _____

n'est atteint ni de trachome, ni de lèpre, ni de dysenterie, ni d'épilepsie, ni de maladie psychiatrique, ni de tuberculose, ni de poliomyélite, ni d'aucune autre maladie risquant d'être dangereuse pour la santé publique.

Fait à _____ le _____

Signature _____

Fonction _____

2. minta

HIV (AIDS)-teszt

(angol)

HEALTH CERTIFICATE

This is to certify that _____

born _____ at _____

is anti-HIV-negative.

Place _____ Date _____

Signature _____

Official position _____