

Ärztliches Attest
Medical Certificate
Certificat Médical
Certificado Médico
Swiadectwo Zdrowia
Медицинская справка

IN VIA Katholischer Verband für
Mädchen- und Frauensozialarbeit
Adresse:

Hilde Widmann

Mittenwalder Str. 26

82467 Garmisch-Partenkirchen

Tel: 08821 / 9692948



Name/Surname/Nom/Apellido/Фамилия: _____

Vorname/Name/Prénom/Nombre/Имя: _____

Anschrift/Address/Adresse/Dirección/Адрес: _____

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

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 wyżej 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.

Вышеназванный пациент в настоящее время инфекционных заболеваний не имеет и находится в хорошем физическом, психическом и умственном состоянии. У пациента отсутствуют медицинские противопоказания для работы с детьми за рубежом.

TBC: getestet, tested, testé,	<input type="checkbox"/> negativ/e, negatif	<input type="checkbox"/> positiv/e, positif	<input type="checkbox"/> nicht getestet, non-tested, non-testé
Tuberkulöz: test provedén	<input type="checkbox"/> отрицательный	<input type="checkbox"/> положительный	<input type="checkbox"/> тест не проводился
An AIDS erkrankt: getestet, tested, testé (SIDA)	<input type="checkbox"/> negativ/e, negatif	<input type="checkbox"/> positiv/e, positif	<input type="checkbox"/> nicht getestet, non-tested, non-testé
СПИД: тест provedén	<input type="checkbox"/> отрицательный	<input type="checkbox"/> положительный	<input type="checkbox"/> тест не проводился
Hepatitis: getestet, tested, testé (hépatite)	<input type="checkbox"/> negativ/e, negatif	<input type="checkbox"/> positiv/e, positif	<input type="checkbox"/> nicht getestet, non-tested, non-testé
Гепатит: тест provedén	<input type="checkbox"/> отрицательный	<input type="checkbox"/> положительный	<input type="checkbox"/> тест не проводился

Die oben genannte Patientin ist zuckerkrank: ja nein

The above mentioned patient suffers from diabetes: yes no

Вышеназванная пациентка страдает диабетом: да нет

Die oben genannte Patientin leidet an folgender/n Allergie(n):

The above mentioned patient is allergic against the following substance(s)

Вышеназванная пациентка имеет аллергию на :

Bemerkungen (Deutsch/Englisch !): _____

Remarks: Remarque: _____

Comentarios: Примечания : _____

Name und Anschrift des Arztes: _____

Name and address of the doctor: _____

Nom et adresse du médecin: _____

Apellido y dirección del médico: _____

Ф.И.О. и адрес врача: _____

Ort, Datum: _____

Place, Date: Lieu, Date: _____

Lugar, Fecha: Место, Дата: _____

Unterschrift/Stempel des Arztes: _____

Signature/Stamp of the doctor: _____

Signature/Tampon du médecin: _____

Firma/Cuño del médico: _____

Подпись/Печать врача: _____