



**MEDICAL CERTIFICATE - CERTIFICAT MEDICAL - ÄRZTLICHES ZEUGNIS -  
CERTIFICATO MEDICO**

**To be filled in by the applicant / à remplir par le candidat / vom Bewerber auszufüllen /  
da compilare dal candidato**

<b>1. Surname / Nom de famille / Familienname / Cognome:</b>		<b>2. First name / Prénom / Vorname / Nome:</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>3. Sex / Sexe / Geschlecht / Sesso:</b>		<b>4. Date of birth / Date de naissance / Geburtsdatum / Data di nascita: (dd/mm/yyyy)</b>	
<input type="radio"/> Male / masculin / männlich / maschile <input type="radio"/> Female / féminin / weiblich / femminile		Day	Month
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Year	<input type="text"/>
<b>5. Mailing Address / Adresse / Indirizzo postale:</b>			
Address	<input type="text"/>	Zip Code	<input type="text"/>
City	<input type="text"/>	Country	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>

**To be filled in by a medical doctor (own family doctor) / à remplir par un médecin de votre choix/  
durch einen Arzt Ihrer Wahl auszufüllen / da compilare da un medico secondo scelta Sua**

- Is the person examined at present in good health and thoroughly able, physically and psychically, to carry out studies abroad?
  - La personne examinée est-elle actuellement en bonne santé et parfaitement en mesure, du point de vue physique et psychique, d'effectuer des études dans un pays étranger?
  - Ist die untersuchte Person gegenwärtig bei guter Gesundheit und vollauf in der Lage, körperlich und psychisch, ein Studium im Ausland zu absolvieren?
  - La persona visitata è in buona salute e perfettamente in grado, dal punto di vista fisico e mentale, di svolgere degli studi all'estero?
- Yes / Oui / Ja / Si**
 **No / Non / Nein / No**
- If no, please explain / Si non, merci de spécifier / Wenn nein, bitte erklären / Se no, grazie di spiegare:

Place / lieu / Ort / luogo: \_\_\_\_\_

Date / date / Datum / data: \_\_\_\_\_

Name and address of the physician: \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Arztes: \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo del medico: \_\_\_\_\_

Signature of the physician: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Firma del medico: \_\_\_\_\_

Seal of the physician: \_\_\_\_\_

Tampon du médecin: \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_

Timbro del medico: \_\_\_\_\_