



**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**

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

Signature of the physician:
Signature du médecin:
Unterschrift des Arztes:
Firma del medico:

Name and address of the physician:

Nom et adresse du médecin:

Name und Adresse des Arztes:

Nome e indirizzo del medico:

Seal of the physician:
Tampon du médecin:
Stempel des Arztes:
Timbro del medico: