

Anschrift der zuständigen WeAupair Beratungsstelle	
---	--

Ärztliches Attest

Medical Certificate / Certificat Médical / Certificado Médico / Медицинская справка

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:																
<p>Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen den Aufenthalt als Au-pair im Ausland bestehen ärztlicherseits keine Einwände.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>																
<table border="0"> <tr> <td>TBC:</td> <td><input type="checkbox"/> getestet, tested, testé Туберкулёз: тест проведён</td> <td><input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный</td> <td><input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный</td> <td><input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested тест не проводился</td> </tr> <tr> <td>AIDS:</td> <td><input type="checkbox"/> getestet, tested, testé СПИД: тест проведён</td> <td><input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный</td> <td><input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный</td> <td><input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested тест не проводился</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis:</td> <td><input type="checkbox"/> getestet, tested, testé Гепатит: тест проведён</td> <td><input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный</td> <td><input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный</td> <td><input type="checkbox"/> nicht getestet/ non teste тест не проводился</td> </tr> </table>		TBC:	<input type="checkbox"/> getestet, tested, testé Туберкулёз: тест проведён	<input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный	<input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested тест не проводился	AIDS:	<input type="checkbox"/> getestet, tested, testé СПИД: тест проведён	<input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный	<input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested тест не проводился	Hepatitis:	<input type="checkbox"/> getestet, tested, testé Гепатит: тест проведён	<input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный	<input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non teste тест не проводился
TBC:	<input type="checkbox"/> getestet, tested, testé Туберкулёз: тест проведён	<input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный	<input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested тест не проводился												
AIDS:	<input type="checkbox"/> getestet, tested, testé СПИД: тест проведён	<input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный	<input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested тест не проводился												
Hepatitis:	<input type="checkbox"/> getestet, tested, testé Гепатит: тест проведён	<input type="checkbox"/> negative/e, negatif отрицательный	<input type="checkbox"/> positive/e, positif положительный	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non teste тест не проводился												
Bemerkungen/ 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, Lugar, Fecha/ Дата:																
Unterschrift/Stempel des Arztes: Signature/Stamp of the doctor: Signature/ Tampon du médecin/ : Подпись/Печать врача:																