



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

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

1. Surname / Nom de famille / Familienname / Cognome:		2. First name / Prénom / Vorname / Nome:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. Sex / Sexe / Geschlecht / Sesso:		4. Date of birth / Date de naissance / Geburtsdatum / Data di nascita: (dd/mm/yyyy)	
<input type="radio"/> Male / masculin / männlich / maschile <input type="radio"/> Female / féminin / weiblich / femminile		Day	Month
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. 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 / à remplir par un médecin / durch einen Arzt auszufüllen /
da compilare da un medico**

- 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 betreiben?
 - 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: _____

Name and address of the physician: _____

Date / date / Datum / data: _____

Nom et adresse du médecin: _____

Name und Adresse des Arztes: _____

Nome e indirizzo del medico: _____

Signature of the physician: _____

Seal of the physician:

Signature du médecin: _____

Tampon du médecin: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Stempel des Arztes: _____

Firma del medico: _____

Timbro del medico: _____