

CERTIFICAT MEDICAL
POUR VISA sauf regroupement familial/cohabitation
(en application de la loi du 15/12/1980)

Je soussigné(e) docteur en médecine (nom et prénom)
Certifie avoir examiné ce jour M./Mme/Mlle (nom et prénom)

.....
Nationalité :
Date et lieu de naissance
Domicilié(e)

Et avoir constaté qu'il/elle ne souffre d'aucune des maladies ou infirmités mentionnées ci-dessous :

A) Maladies pouvant mettre en danger la santé publique :

- 1) maladies quaranténaires visées dans le règlement sanitaire international n°2 du 25 mai 1951, de l'Organisation mondiale de la santé;
- 2) tuberculose de l'appareil respiratoire active ou à tendance évolutive ;
- 3) syphilis ;
- 4) autres maladies infectieuses ou parasitaires contagieuses pour autant qu'elles fassent, dans le pays d'accueil, l'objet de dispositions de protection à l'égard des nationaux.

B) Maladies et infirmités pouvant mettre en danger l'ordre public ou la sécurité publique :

- 1) Toxicomanie ;
- 2) Altérations psychomenteales grossières, états manifestes de psychose d'agitation, de psychose délirante ou hallucinatoire et de psychose confusionnelle.

Délivré à le

Signature du docteur

Cachet du cabinet du docteur.

Le cas échéant,
Visa de l'Ambassade, du Consulat Général ou du Consulat (Sceau)

A, le