

Aupair4Kids - Michaela Niclaus

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: _____

Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen einen Aufenthalt als Au pair im Ausland bestehen ärztlicherseits keine Einwände.

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.

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.

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.

Вышепоименованный пациент в настоящее время не имеет инфекционных заболеваний и находится в хорошем физическом, психическом и умственном состоянии. У пациента отсутствуют медицинские противопоказания для работы с детьми за рубежом.

TBC: getestet, tested, testé, **negativ/e**, negatif **positiv/e**, positif

Туберкулёз: тест проведён отрицательный положительный

AIDS: getestet, tested, testé **negativ/e**, negatif **positiv/e**, positif

(SIDA)
СПИД: тест проведён отрицательный положительный

Eine HIV-Infizierung kann erst nach 3 Monaten nachgewiesen werden.

Hepatitis: getestet, tested, testé **negativ/e**, negatif **positiv/e**, positif

(hépatite)
Гепатит: тест проведён отрицательный положительный

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, Date: Lugar, Fecha: _____

Место, Дата: _____

Unterschrift/ Stempel des Arztes: _____

Signature/ Stamp of the doctor: _____

Signature/ Tampon du médecin: _____

Firma/ Cuiño del médico: _____

Подпись/ Печать врача: _____