



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

To be filled in by the applicant / a remplir par le candidat / vom Kandidat 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"/>	
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 / a 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 intensives dans un pays étranger?
- Ist die untersuchte Person gegenwärtig bei guter Gesundheit und vollauf in der Lage, körperlich und psychisch, ein intensives 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 intensi all'estero?

Yes / Oui / Ja / Sì

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: