



CERTIFICAT MÉDICAL MEDICAL CERTIFICATE



Nom du candidat / Name of the applicant
 Date de naissance / Date of birth
 Ville de résidence / city of residence Code postal / post code
 Pays / country
 Taille en cm / height : Poids en kg / weight :
 Le candidat porte-il des lunettes / does the applicant wear glasses? yes no
 Si oui, doit-il les porter pour conduire une voiture ? yes no
 Les dents sont-elles en bonne santé / Are applicant's teeth in good health ? yes no
 Conseillez-vous au candidat d'effectuer une visite chez le dentiste / Do you advice the applicant to go to the dentist ? yes no

La personne présente ou a-t-elle présenté / has the applicant ever had or currently have :					
	yes	no		yes	no
Des symptômes de boulimie / bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La varicelle / chicken pox disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des symptômes d'anorexie / anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La rubéole / German measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des problèmes de cœur / heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des migraines / headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des problèmes d'anémie / anaemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des vertiges / dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des crises d'épilepsie / seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du diabète / diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des symptômes de dépression / nervous breakdown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De l'asthme / asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le candidat a-t-il reçu un traitement pour des problèmes psychologiques ? Has the applicant ever received treatment for psychological problems? yes no
 Le candidat a-t-il des limites physiques et mentales ? Is the applicant restricted physically or mentally? yes no If so, please explain

Le candidat souffre-t-il d'une allergie? Does the applicant suffer from any allergy? yes no If so, please explain

Le candidat souffre-t-il d'une maladie infectieuse ou chronique ? Does the applicant suffer from any infectious or chronic disease ? yes no If so, please explain

Selon vous, quel est l'état de santé général du candidat / As far as you are concerned, what is the applicant's general state of health ?

Excellent / Excellent <input type="checkbox"/>	Bon / Good <input type="checkbox"/>	Passable / Fair <input type="checkbox"/>	Faible / Poor <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--	--

Depuis combien de temps suivez-vous ce patient ? For how long are you treating this patient?
 Observations :

Nom du médecin / Doctor's name Date

Adresse du cabinet / Care centre or clinic address

Cachet / Ink pad please