



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

**To be filled in by the applicant / à remplir par le candidat / vom Bewerber 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"/> |
| 5. 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 (own family doctor) / à remplir par un médecin de votre choix/
durch einen Arzt Ihrer Wahl auszufüllen / da compilare da un medico secondo scelta Sua**

- 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 absolvieren?
 - 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: _____

Date / date / Datum / data: _____

Name and address of the physician: _____

Nom et adresse du médecin: _____

Name und Adresse des Arztes: _____

Nome e indirizzo del medico: _____

Signature of the physician:
Signature du médecin:
Unterschrift des Arztes:
Firma del medico: _____

Seal of the physician:
Tampon du médecin:
Stempel des Arztes:
Timbro del medico: _____