

|   |  |
|---|--|
| <b>Anschrift der zuständigen WeAupair Beratungsstelle</b> |  |
|---|--|

### 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:   |   |   |   |
| <p>Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen den Aufenthalt als Au-pair im Ausland bestehen ärztlicherseits keine Einwände.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Вышеназванный пациент в настоящее время инфекционных заболеваний не имеет и находится в хорошем физическом, психическом и умственном состоянии. У пациента отсутствуют медицинские противопоказания для работы с детьми за рубежом.</p> |   |   |   |
| <p>TBC: <input type="checkbox"/> getestet, tested, testé<br/>Туберкулёз: тест проведён</p>   | <p><input type="checkbox"/> negative/e, negatif<br/>отрицательный</p> | <p><input type="checkbox"/> positive/e, positif<br/>положительный</p> | <p><input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested<br/>тест не проводился</p> |
| <p>AIDS: <input type="checkbox"/> getestet, tested, testé<br/>СПИД: тест проведён</p>  | <p><input type="checkbox"/> negative/e, negatif<br/>отрицательный</p> | <p><input type="checkbox"/> positive/e, positif<br/>положительный</p> | <p><input type="checkbox"/> nicht getestet/ non tested<br/>тест не проводился</p> |
| <p>Hepatitis: <input type="checkbox"/> getestet, tested, testé<br/>Гепатит: тест проведён</p>  | <p><input type="checkbox"/> negative/e, negatif<br/>отрицательный</p> | <p><input type="checkbox"/> positive/e, positif<br/>положительный</p> | <p><input type="checkbox"/> nicht getestet/ non teste<br/>тест не проводился</p>  |
| Bemerkungen/ Remarks: Remarque/ Comentarios: Примечания :  |   |   |   |
| Name und Anschrift des Arztes: / Name and address of the doctor:<br>Nom et adresse du médecin: / Apellido y dirección del médico:<br>Ф.И.О. и адрес врача:   |   |   |   |
| Ort, Datum/ Place, Date:<br>Lieu, Lugar, Fecha/ Дата:  |   |   |   |
| Unterschrift/Stempel des Arztes:<br>Signature/Stamp of the doctor:<br>Signature/ Tampon du médecin/ :<br>Подпись/Печать врача:   |   |   |   |