



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

**To be filled in by the applicant / à remplir par le candidat / vom Kandidat auszufüllen / da compilare dal candidato**

<b>1. Surname / Nom de famille / Familienname / Cognome:</b> <input type="text"/>	<b>2. First name / Prénom / Vorname / Nome:</b> <input type="text"/>		
<b>3. Sex / Sexe / Geschlecht / Sesso:</b> <input type="radio"/> Male / masculin / männlich / maschile <input type="radio"/> Female / féminin / weiblich / femminile	<b>4. Date of birth / Date de naissance / Geburtsdatum / Data di nascita:</b> (dd/mm/yyyy)		
	<b>Day</b> <input type="text"/>	<b>Month</b> <input type="text"/>	<b>Year</b> <input type="text"/>
<b>4. Mailing Address / Adresse / Indirizzo postale:</b>			
<b>Address</b>	<b>Zip Code</b> <input type="text"/>		
<b>City</b> <input type="text"/>	<b>Country</b> <input type="text"/>		
	<b>E-mail</b> <input type="text"/>		

**To be filled in by a medical doctor / à 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 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 betreiben?
- 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:

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: