

NOM.....
Docteur en médecine
Psychiatre
ADRESSE.....
TELEPHONE.....
(pratique la médecine)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné
(e).....
Docteur en médecine et spécialiste en psychiatrie certifie que
M. /Mme.....
Né(e) à.....le.....et
domicilié(e)
est en bon état psychique et peut adopter un enfant à l'étranger.

Signature et sceau personnel
du psychiatre

Date
Signature
Sceau

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS – CONSEIL NATIONAL :
Docteur..... est régulièrement inscrit à l'Ordre des Médecins
du département..... sous le numéro.....
Sceau