

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: \_\_\_\_\_

**Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen einen Aufenthalt als Au pair im Ausland bestehen ärztlicherseits keine Einwände.**

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.

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.

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.

Вышепоименованный пациент в настоящее время не имеет инфекционных заболеваний и находится в хорошем физическом, психическом и умственном состоянии. У пациента отсутствуют медицинские противопоказания для работы с детьми за рубежом.

**TBC: getestet,** tested, testé,  **negativ/e,** negatif  **positiv/e,** positif

Туберкулёз: тест проведён отрицательный положительный

**Hepatitis: gestestet,** tested, testé  **negativ/e,** negatif  **positiv/e,** positif  
(hépatite)

Гепатит: тест проведён отрицательный положительный

**Bemerkungen:** Remarks: \_\_\_\_\_  
Remarque: Comentarios: \_\_\_\_\_  
Примечания: \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des Arztes:** \_\_\_\_\_  
Name and address of the doctor: \_\_\_\_\_  
Nom et adresse du médecin: \_\_\_\_\_  
Apellido y dirección del médico: \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. и адрес врача: \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** Place, Date: \_\_\_\_\_  
Lieu, Date: Lugar, Fecha: \_\_\_\_\_  
Место, Дата: \_\_\_\_\_

**Unterschrift/ Stempel des Arztes:** \_\_\_\_\_  
Signature/ Stamp of the doctor: \_\_\_\_\_  
Signature/ Tampon du médecin: \_\_\_\_\_  
Firma/ Cuño del médico: \_\_\_\_\_  
Подпись/ Печать врача: \_\_\_\_\_