



CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN
THIS FORM HAS TO BE FILLED IN BY THE PHYSICIAN

Nom du patient/Patient's name _____

Date de naissance/Date of birth _____

1. Est-ce que le patient est en bonne santé physique et mentale?
Is the patient in good physical and mental health?

Oui / Yes

Non / No

Commentaires/ Comments: _____

2. Souffre-t-il d'une maladie ou infirmité qui le rende inapte à travailler dans une région éloignée ?
Is the patient suffering from an illness or disability that makes him unable to work in a remote location?

Oui / Yes

Non / No

Commentaires/ Comments: _____

Date de l'examen médical/

Date of the medical examination _____

3. Y-a-t-il présence de tuberculose active?
Has active tuberculosis been detected?

Oui / Yes

Non / No

Date de l'examen pour la tuberculose:

Date of tuberculosis test: _____

J'atteste que les renseignements donnés sont corrects et véridiques/ I certify that the information given is accurate and true

Nom du médecin en lettres moulés
Physician's name in block letters

Signature du médecin
Physician's signature

Nom de la Clinique et le numéro de téléphone
Name of clinic and telephone number

Please attach your business card (your own or the clinic's) as proof that the examination took place.

Thank you for your cooperation

Veillez joindre votre carte d'affaire ou celle de votre clinique, ceci sera la preuve que l'examen a eu lieu.

Merci de votre collaboration