

MEDICAL CERTIFICATE

CERTIFICAT MEDICAL

LÄKARINTYG

**This is to certifie that
Nous certifions que
Härmed förklaras att**

Name / Nom / Namn

Born / Né(é) / Född

who is my patient and well known to me, appears
to be in good health and shows no sign of infections or other
diseases.

que je connais est en bonne santé et physiquement ainsi que
mentalement sain(e)

som jag känner och är vid god hälsa och är fysiskt såväl som
psykiskt frisk

Date/Dato _____

Place/Lieu/Ort _____

Underskrift _____