

CERTIFICAT MEDICAL

Świadectwo zdrowia

Nom de famille Nazwisko	Prénom Imię
----------------------------	----------------

Adresse Adres

Date de naissance Data urodzenia ____ / ____ / ____	Taille (cm) Wzrost	Poids (kg) Waga	Sexe Płeć <input type="checkbox"/> F K <input type="checkbox"/> M M
---	-----------------------	--------------------	---

Avez-vous été atteint:
Czy kandydat choruje lub kiedykolwiek chorował na:

	OUI TAK	NON NIE		OUI TAK	NON NIE		OUI TAK	NON NIE
tuberculose gruźlicę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rougeole odrę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anorexie anoreksję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asthme astmę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rubéole różyczkę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulimie bulimię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabète cukrzycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oreillons świnkę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anémie anemię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maladie de coeur choroby serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	varicelle ospę wietrzną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dépression depresję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arthritisme artretyzm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	malaria malarię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hernie przepuklinę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
épilepsie epilepsję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	migraines migreny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hépatite zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scarlatine szkarlatynę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vertiges/ pâmoisons zawroty głowy omdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergies alergię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						autres: inne: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous répondez OUI, veuillez donner des détails:
Jeśli odpowiedź jest twierdząca proszę podać szczegóły:

Vision Wzrok Oeil droit: _____ Oko prawe	Oeil gauche: _____ Oko lewe	Audition Słuch Oreille droite: _____ Ucho prawe	Oreille gauche: _____ Ucho lewe
---	--------------------------------	--	------------------------------------

For office use only:

FRAMED 021

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nom et prénom:

Imię i nazwisko kandydata:

Avez-vous jamais pris des tranquillisants?
Czy kandydat kiedykolwiek używał środków uspokajających?

OUI
TAK

NON
NIE

Avez-vous jamais pris des stupéfiants?
Czy kandydat kiedykolwiek próbował lub używał narkotyków?

OUI
TAK

NON
NIE

Si vous répondez OUI, veuillez donner des détails:
Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegóły:

Prenez-vous actuellement des médicaments ou des injections?
Czy kandydat bierze obecnie jakieś lekarstwa lub zastrzyki?

OUI
TAK

NON
NIE

Si vous répondez OUI, veuillez donner des détails:
Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegóły:

Etat général de santé de la candidate est:
Ogólny stan zdrowia kandydata jest:

excellent doskonały	bon dobry	moyen średni	faible słaby
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que la candidate est apte à exercer les devoirs Au Pair?
Czy kandydat jest zdolny do wykonywania obowiązków Au Pair?

OUI
TAK

NON
NIE

Nom et prénom du médecin
Imię i nazwisko lekarza:

Date
Data

Cachet et signature du médecin
Pieczętka i podpis lekarza

For office use only:

FRAMED 021