INSTITUT FRANÇAIS
PRAGUE

**Programme « Un an en France »**
**Mobilité individuelle des élèves tchèques**

# Certificat médical / *Lékařské potvrzení*

**Elève / *Student/ka***

**NOM** / *PŘÍJMENÍ*:

**Prénom** / *Jméno*:

**Date de naissance** / *Datum narození*:

**Sexe** / *Pohlaví*: ☐ **masculin** / *mužské* ☐ **féminin** /*ženské*

**Statut vaccinal (date de dernier rappel)** / *Očkování (datum posledního přeočkování)*

**Diphtérie** / *záškrt*:
**Tétanos** / *tetanus*:
**Poliomyélite** / *dětská obrna*:
**BCG** / *očkování proti tuberkulóze*:
**ROR** / *spalničky, příušnice, zarděnky*:
**Autres** / *další očkování*:

**Observations particulières jugées utiles à porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre etc.)** / *Specifické informace o zdravotním stavu, které by měla znát hostitelská škola (alergie, probíhající léčba, zvláštní prevence apod.)*

**A** / *V* **Le** / *dne* _____/_____/_____

**Signature du médecin traitant** / *Podpis ošetřujícího lékaře*

**Tampon** / *Razítko*