

请用法文或英文填写

**CERTIFICAT MEDICAL**

(Annexe à la loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.)

Je soussigné(e), docteur en médecine (nom et prénom) .....  
医生 (姓名)

**Certifie** avoir examiné ce jour M./Mme/Mlle (nom et prénom).....  
申请人 (姓名)

Nationalité : .....  
国籍

Date et lieu de naissance .....  
出生日期及出生地

Domicilié(e) .....  
住址

**ET avoir constaté qu'il /elle ne souffre d'aucune des maladies pouvant mettre en danger la santé publique mentionnées ci-dessous :**

证明申请人没有下述疾病或残疾

1. maladies quaranténaires visées dans le règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé, signé à Genève le 23 mai 2005

需要进行检疫的病症 (根据 2005 年 5 月 23 日世界卫生组织于日内瓦签订的国际卫生条例) ;

2. tuberculose de l'appareil respiratoire active ou à tendance évolutive

呼吸器官的开放性结核;

3. autres maladies infectieuses ou parasitaires contagieuses pour autant qu'elles fassent, en Belgique, l'objet de dispositions de protection à l'égard des nationaux

其他传染病或传染性寄生虫病

Délivré à 地点..... le 日期.....

Signature du docteur .....  
医生签字

Cachet du cabinet du docteur .....  
医院公章

Le cas échéant,  
Visa de l'Ambassade, du Consulat Général ou du Consulat (Sceau)

A....., le .....