



Certificat de contrôle médical des étrangers

À l'attention du Médecin

Je soussigné, (nom, adresse, cachet)

médecin généraliste médecin spécialiste en médecine interne médecin spécialiste en pédiatrie

Déclare avoir examiné à ce jour, conformément à la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration :

Nom (en majuscules) Prénom(s)

Matricule AAAA MM JJ XXX XX (date de naissance) M F

Pays d'origine Objet du séjour

Certifie qu'à ce jour la personne susmentionnée

- est exempt / n'est pas exempt de maladie **quarantenaire** constituant un danger pour la santé publique (visée à l'annexe 2 du Règlement Sanitaire International 2005) *
- est exempt / n'est pas exempt de **toxicomanie** avérée aux produits illicites et nécessitant un traitement médical prolongé
- est exempt / n'est pas exempt de problèmes de santé en contradiction avec **l'objet du séjour** notamment le fait d'y vouloir exercer une activité salariée
- est exempt / n'est pas exempt d'altérations **psycho-mentales** grossières; états manifestes de psychose d'agitation, de psychose délirante hallucinatoire et de psychose confusionnelle

La personne susmentionnée, ressortissant de pays tiers, **remplit** / **ne remplit pas** les conditions médicales autorisant son séjour sur le territoire

A, le

(Signature et cachet du médecin)

Partie réservée à l'administration

Le certificat médical est conforme avec les dispositions de l'article 41 de la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et du règlement grand-ducal modifié du 3 février 2009 relatif au contrôle médical des étrangers

oui non

Luxembourg le,

(Signature et cachet du médecin délégué)

Constatations médicales

Antécédents :

.....

.....

.....

.....

Traitements

.....

.....

.....

.....

Examen clinique

Taille Poids Pression artérielle

Auscultation cardio-pulmonaire

Examen général

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dermato (ectoparasitose)

Glycémie capillaire (en fonction de la symptomatologie clinique, âge > 45 ans, obésité) :

Bandelette urinaire (en fonction de la symptomatologie clinique) :

Statut vaccinal : en règle à faire en cours

Examens biologiques (en fonction de la symptomatologie clinique) non oui (si oui, prière de joindre les résultats)

Suite à une recommandation de l’OMS, prière de joindre les résultats de coproculture pour **ENTEROVIRUS (à spécifier : Wild Polio Virus) pour les ressortissants (âgés en-dessous de 13 ans) des pays suivants :**

Afghanistan, Nigéria, Pakistan, RD Congo, Syrie et Somalie

CERTIFICAT A ADRESSER PAR COURRIER AU :

Médecin délégué

Direction de la Santé

Division de l’Inspection Sanitaire

2a rue Edison

L-1445 Strassen / Luxembourg



+352 247-75545