



EUROPACare24

**MEDICAL CERTIFICATE  
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Part I fills out the candidate

- Część I wypełnia kandydatka

Part II fills out a doctor

- Część II wypełnia lekarz

## PART I CZĘŚĆ I

<b>Surname:</b> <i>nazwisko</i>	<b>Date of birth:</b> <i>data urodzenia</i>		
<b>First Name:</b> <i>imię</i>	<b>Age:</b> <i>wiek</i>		
	<b>Sex:</b> female <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> <i>płeć k m</i>		
<b>Address (Street, House/Apartment no., Postcode and City, Country):</b> <i>adres (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość, kraj)</i>			
<b>Have you suffered from any of the following diseases?</b> <i>Czy chorował/a Pan/i na poniższe choroby?</i>			
<b>Tuberculosis</b> <i>gruźlicę</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>Heart disease</b> <i>choroby serca</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Asthma</b> <i>astmę</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>Depression</b> <i>depresję</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b> <i>cukrzycę</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>Anorexia</b> <i>anoreksję</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Epilepsy</b> <i>epilepsję</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>Bulimia</b> <i>bulimię</i>	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>If you answered „yes“, please give some details:</b> <i>Jeśli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegółowe informacje</i>			



## PART II CZĘŚĆ II

The above mentioned person is currently not suffering from any infectious or contagious disease and is physical and mental healthy. From the medical point of view, there is no contraindication to stay abroad as an Au Pair.

*Wyżej wymieniona osoba nie choruje obecnie na żadną chorobę zakaźną i jest zdrowa fizycznie i psychicznie. Z medycznego punktu widzenia nie ma żadnych przeciwwskazań co do pobytu za granicą jako Au Pair.*

The general health condition of candidate..... is:  
*Ogólny stan zdrowia kandydata/ki jest*

excellent  
*doskonały*

average  
*średni*

good  
*dobry*

low  
*słaby*

.....  
Place and Date  
*Miejsce i data*

.....  
Doctor's Stamp and Singature  
*Pieczęć i podpis lekarza*