

CERTIFICAT MEDICAL

Vulnérabilité Covid-19

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que Monsieur Madame (nom complet),

né(e) le fait partie des personnes vulnérables au COVID-19 et à ce titre

nécessite des mesures de protection adéquates.

Fait à (ville)

Le (date)

Signature et cachet :

Recommandations concernant les mesures de protection

MEDICAL CERTIFICATE

High Risk from COVID-19

I the undersigned, Doctor

certify that Mr Ms (full name)

date of birth, is at high risk from COVID-19 and as such requires adequate protection measures.

..... (place)

..... (date)

Doctor's signature and official stamp:

Recommendations for protection measures