

CERTIFICAT MEDICAL

Vulnérabilité Covid-19

Je soussigné(e) Docteur
certifie que Monsieur Madame l'enfant (nom complet),
né(e) le fait partie des personnes vulnérables au COVID-19 et à ce titre,
il est nécessaire que :

- son père/sa mère
- son fils/sa fille
- sa femme/partenaire
- son mari/partenaire
- son frère/sa soeur
- son beau-fils/sa belle-fille
- son/sa colocataire

.....(nom complet), vivant sous le même toit, fasse l'objet
de mesures de protection identiques à celles des personnes vulnérables au COVID-19.

Fait à (ville)

Le (date)

Signature et cachet :

Remarques supplémentaires et recommandations

MEDICAL CERTIFICATE

High Risk from COVID-19

I the undersigned, Doctor

certify that Mr Ms child (full name)

date of birth, is at high risk from COVID-19 and it is therefore necessary that:

- the father/mother
- the son/daughter
- the wife/partner
- the husband/partner
- the brother/sister
- the son-in-law/daughter-in-law
- the flatmate

....., (full name), living under the same roof,
benefits from the same protection measures as the person at high risk from COVID-19.

..... (place)

..... (date)

Doctor's signature and official stamp:

Additional remarks and recommendations