



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

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

Have you ever taken any of the following?:

Czy zażywał/a Pan/i kiedykolwiek

Sedatives

środki uspokajające

yes no

Antidepressant Medicines

lekarstwa antydepresyjne

yes no

Drugs

narkotyki

yes no

If you answered „yes“, please give some details:

Jeśli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegółowe informacje

Are you currently taking any medicines or injections?

Czy bierze Pan/i obecnie jakieś lekarstwa lub zastrzyki?

yes no

Do you suffer from any chronic illness?

Cierpi Pan/i na jakąś przewlekłą chorobę?

yes no

Do you follow any special diet?

Stosuje Pan/i jakąś specjalną dietę?

yes no

Do you have any allergy?

Czy jest Pan/i uczulona (alergie)?

yes no

If you answered „yes“, please give some details:

Jeśli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegółowe informacje

I confirm that the given information and data are true. I am aware of the fact, that any false information may lead to exclusion from the Au Pair programme.

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a, że podawanie fałszywych informacji może wiązać się z wykluczeniem z programu.

.....

Place and Date

Miejsce i data

.....

Signature

Podpis

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 condidation of candidate..... is:
Ogólny stan zdrowia kandydata/ tki jest

excellent
doskonały

average
średni

good
dobry

low
słaby

.....
Place and Date
Miejsce i data

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