

Certificat médical

Veillez écrire lisiblement

Nom du voyageur _____ Date de naissance _____
Certificat de voyage vers _____ N° de réservation _____
Date de réservation _____ Date de départ _____
Date et lieu du premier examen médical pour la maladie actuelle _____
Date de l'examen ayant permis l'établissement du présent certificat _____
Diagnostic/Résultat de l'examen _____

A compléter si le voyageur présente une maladie

- Je déconseille totalement le voyage. L'état du patient (= du voyageur) empêche tout voyage.
 Je n'émet pas d'avis défavorable pour le voyage. L'état du patient (= du voyageur) ne constitue aucun obstacle pour le voyage.

A compléter lorsqu'un parent proche* est malade

Nom du parent _____ Lien avec le voyageur _____ Date de naissance du parent _____

- Je déconseille totalement le voyage.
 L'état du patient, proche parent* du voyageur, est grave et nécessite que des soins spécifiques soient apportés au voyageur.
 Je n'émet pas d'avis défavorable pour le voyage.
L'état du patient, parent proche* du voyageur, ne constitue aucun obstacle au voyage du voyageur.

A compléter par le médecin

- Accident survenu après la réservation du voyage. Maladie aiguë.

La maladie était-elle connue avant la réservation du voyage ?

- Oui, date/année du diagnostic : Non

Le patient n'a eu aucun symptôme dans les six mois précédant la date de réservation

- Oui Non

A compléter par le médecin

Ville et date _____
Signature _____
Nom en lettres majuscules _____
Adresse du cabinet _____
N° de téléphone _____

Cachet/Identification du médecin :

* On entend par parent proche : époux, épouse, enfant, petit-enfant, frère, sœur, parents, grand-parents et beaux-parents, personne vivant avec le voyageur et ayant une relation maritale avec lui.

Avant d'envoyer le formulaire, annulez votre voyage auprès du service clientèle. Puis envoyez le formulaire à l'adresse suivante :

medical.certificate@support.etraveli.com
Etraveli AB, Box 1340, 751 43 Uppsala, SUÈDE