

شهادة طبية بالصحة

أشهد بأن السيد(ة)..... خالٍ من الادمان على المخدرات و الأمراض العقلية , ولا يعاني من أي مرض يمكن أن يتسبب في تداعيات خطيرة على الصحة العامة و ذلك تماشياً مع ما جاء في النظام الدولي الصحي لعام 2005 . و تشمل هذه الامراض المعدية على سبيل المثال ؛ الجدري و شلل الاطفال عن طريق شلل الاطفال البري و الانفلونزا البشرية الناجمة عن نوع فرعي جديد من الفايروس ، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) ، الكوليرا ، الطاعون الرئوي ، الحمى الصفراء، وكافة أنواع الحمى النزفية الفيروسية : (ايبولا، لاسا، ماربورغ) وحمى النيل الغربي وأمراض أخرى ذات اهمية خاصة على مستوى وطني أو إقليمي (على سبيل المثال حمى الضنك وحمى الوادي المتصدع أو الأمراض السحائية).

MEDICAL CERTIFICATE OF GOOD HEALTH

This Certificate Verifies that Mr/Ms.

.....Is free of drug addiction ,mental illness, and does not suffer from any disease that could cause serious repercussions to public health according to the specifications of the International Health Regulations of 2005. These contagious diseases include, but are not limited to smallpox, poliomyelitis by wild polio virus, the human influenza caused by a new subtype of virus and the severe acute respiratory syndrome (SARS), cholera, pneumonic plague, bellow fever, viral hemorrhagic fevers (e.g.: Ebola, Lassa, Marburg), West Nile Virus and other illnesses of special importance nationally or regionally (e.g.: Dengue Fever, Rift Valley Fever, and meningococcal disease).

CERTIFICADO MÉDICO DE BUENA SALUD

Por el presente se Certifica que el Sr/Sra.....no padece ninguna drogodependencia , enfermedad mental o alguna de los enfermedades que suponen riesgo para la salud pública de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005. Estas enfermedades síndrome respiratorio agudo severo (SARS), cólera , neumónia, fiebre amarilla , las fiebres hemorrágicas virales (como el Ébola, Lassa, Marbugo , etc) la fiber del nilo occidental y otras enfermedades de ambito nacional o regional (ej.:como el Dengue, Fiebre del Valle del Rift ,sindeome meningocócica, etc.)

اسم الاخصائي و توقيعة

Physician name and signature:

Nombre y Firma del medico

المكان و التاريخ

PLACE AND DATE :

LUGAR Y FECHA

الختم الرسمي لاختصاصي

OFFICAL PHYSICIAN STAMP :

SELLO OFICIAL DEL MEDICO