

ANNEXE 2

ATTESTATION MEDICALE

(conformément à l'article 5 de l'accord de coopération du en matière d'adoption)

Je soussigné(e), Docteur en médecine,
atteste que, sur base des données médicales relatives à Monsieur / Madame :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

l'état de santé de l'intéressé(e) lui permet / ne lui permet pas d'adopter un enfant.

L'intéressé(e) a été informé(e) que la présente attestation sera mise à la disposition
du service chargé de la réalisation de l'étude sociale ordonnée par le Juge de la
jeunesse.

Fait à, le

(cachet)

(signature)