

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur, docteur en médecine, exerçant au sein de l'hôpital
..... [nom de l'établissement] de [ville],

Certifie avoir reçu le / / à heures, dans le cadre de la procédure prévue aux
articles L. 723-5 et L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile,

Dans les locaux de l'hôpital de

Une mineure m'étant présentée comme étant:

Nom Prénom

Née le / / à

Accompagnée de ses parents / son père / sa mère / ses représentants légaux

La mineure ainsi que ses parents ou ses représentants légaux sont informés ce jour du contexte et
du déroulement de l'examen, et donnent oralement leur consentement pour la réalisation de celui-ci,
dans les conditions définies à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique.

Examen clinique

Praticué

Refusé :

par la mineure

par ses parents ou ses représentants légaux

L'examen permet de conclure :

Absence de stigmat(e) évoquant une mutilation sexuelle

Présence de stigmat(e) de mutilation sexuelle

Fait le / /

Docteur.....

Signature du médecin

Le présent certificat est transmis sans délai par le médecin à l'OFPPRA. Une copie est remise en main propre aux parents ou aux représentants légaux de la mineure.

Ces derniers sont informés par le médecin qu'en présence de stigmates évoquant une mutilation sexuelle ou en cas de refus de soumettre l'enfant à l'examen prévu, un signalement sera fait au procureur de la République.