

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL
(Arrêté INTV1721843A du 23 août 2017)

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné 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

Pratiqué

Refusé :

par la mineure

par ses parents ou ses représentants légaux

L'examen permet de conclure :

Absence de stigmat(e)s évoquant une mutilation sexuelle

Présence de stigmat(e)s de mutilation sexuelle

Fait le .../.../.....

Docteur.....

Signature du médecin

Le présent certificat, ou sa copie, est remis en main propre aux parents ou aux représentants légaux de la mineure en vue de sa transmission dans un délai de 15 jours à l'OFPPA.

Ils sont informés par le médecin qu'en présence de stigmates évoquant une mutilation sexuelle, ou en cas de non-transmission du certificat à l'OFPPA dans le délai prévu ou de refus de se soumettre à l'examen prévu, un signalement sera fait au procureur de la République.