



## Certificat de contrôle médical des étrangers

### À l'attention du Médecin Délégué

Je soussigné, (nom, adresse, cachet) .....

médecin généraliste                       médecin spécialiste en médecine interne                       médecin spécialiste en pédiatrie

Déclare avoir examiné à ce jour, conformément à la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et immigration :

Nom (en majuscules) ..... Prénoms .....

**Matricule** AAAA MM JJ XXX XX (date de naissance) ..... M  F

Pays d'origine ..... Objet du séjour .....

### Certifie qu'à ce jour la personne susmentionnée

- est exempte /  n'est pas exempte de maladie **quarantenaire** constituant un danger pour la santé publique (visée à l'annexe 2 du Règlement Sanitaire International 2005) \*
- est exempte /  n'est pas exempte de **toxicomanie** avérée aux produits illicites et nécessitant un traitement médical prolongé
- est exempte /  n'est pas exempte de problèmes de santé en contradiction avec **l'objet du séjour** notamment le fait d'y vouloir exercer une activité salariée
- est exempte /  n'est pas exempte d'altérations **psycho-mentales** grossières; états manifestes de psychose d'agitation, de psychose délirante hallucinatoire et de psychose confusionnelle

La personne susmentionnée, ressortissant de pays tiers,  remplit /  ne remplit pas les conditions médicales autorisant son séjour sur le territoire

A ....., le .....

(Signature et cachet du médecin)

### Partie réservée à l'administration

Le certificat médical est conforme avec les dispositions de l'article 41 de la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et immigration et du règlement grand-ducal du 3 février 2009 relatif au contrôle médical des étrangers    oui     non

Luxembourg le, .....

(Signature et cachet du médecin délégué)

# Constatations médicales

## Antécédents :

.....

.....

.....

.....

## Traitements

.....

.....

.....

.....

## Examen clinique

Taille ..... Poids ..... Pression artérielle .....

Auscultation cardio-pulmonaire .....

Examen général .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dermato (ectoparasitose) .....

**Glycémie capillaire** (en fonction de la symptomatologie clinique, âge > 45 ans, obésité) : .....

**Bandelette urinaire** (en fonction de la symptomatologie clinique) : .....

**Statut vaccinal** :  en règle  à faire  en cours .....

**Examens biologiques** (en fonction de la symptomatologie clinique) non  oui  (si oui, prière de joindre les résultats)

**Suite à une recommandation de l'OMS, prière de joindre les résultats de coproculture pour **ENTEROVIRUS (à spécifier : Wild Polio Virus)** pour les ressortissants (âgés en-dessous de 13 ans) des pays suivants :**

**Afghanistan, Nigéria, Pakistan, RD Congo, Syrie et Somalie**

### DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE :

Le dépistage de la tuberculose latente et une radiographie du thorax sont à effectuer obligatoirement et exclusivement dans un centre médico-social de la ligue médico-sociale (cf. www.ligue.lu)

#### LMS Luxembourg-Ville

2, rue G.C. Marshall  
L-2181 Luxembourg  
+352 48 83 33 - 1

#### LMS Esch/Alzette

61, avenue de la Gare  
L-4130 Esch-sur-Alzette  
+352 54 46 46 - 1

#### LMS Ettelbruck

2A, avenue L. Salentiny  
L-9080 Ettelbruck  
+352 81 92 92 - 1

**Prière de joindre une copie du rapport de la  
Ligue Médico-Sociale**

### CERTIFICAT A ADRESSER PAR COURRIER AU :

Médecin délégué

Direction de la Santé

Division de l'Inspection Sanitaire

20, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg/Hamm

☎ +352 247-75545