

CERTIFICAT MEDICAL

**nécessaire à l'obtention d'une carte d'identité monégasque électronique
(si vous êtes dans l'incapacité d'apposer votre signature sur un document)**

*Je soussigné(e),
Docteur en médecine :*

Certifie M. Mme Mlle « nom » « prénom » :
(Rayer les mentions inutiles)*

*né(e) le « date de naissance » :
à « lieu de naissance » :*

est dans l'incapacité d'apposer sa signature sur un document en raison de son état de santé, et ce pour une durée indéterminée.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet

NB : Le présent document doit être daté de moins de six mois.

Conformément à la Loi n° 1.165 du 23 décembre 1993, modifiée, toute personne ci-dessus mentionnée dispose d'un droit d'accès, de modification et de rectification aux données personnelles la concernant ; ce droit d'accès s'exerce auprès du service Etat Civil – Nationalité de la Mairie.