



# CERTIFICAT SANITAIRE

Sur les instructions de M. le Consul de France, à Lwów, /Pologne?

Je soussigné (1) Dr Zygmunt Kamiński,  
résidant à Lwów, rue Asnyka Nr. 15.

certifie avoir le 28 - 5 - 1930

examiné le nommé .....  
Nom : Köstenbaum  
Prénoms : Abraham  
Date et lieu de naissance : 1905, Sieniawa  
Profession : cultivatrice  
Nationalité : polonaise

et procédé aux constatations suivantes :

1° La vaccination antivariolique de ce travailleur a été effectuée par mes soins à la date ci-après :

1928

2° Les résultats ont été (2).....

~~Négatifs~~

Positifs

3° Ce travailleur est-il indemne de maladies mentales ? (3).....

Oui  
(Autant qu'il est possible d'en juger d'après l'examen clinique et la déclaration signée ci-contre de l'intéressé.)

4° Ce travailleur est-il indemne d'épilepsie ? (3).....

Oui  
(Autant qu'il est possible d'en juger d'après l'examen clinique et la déclaration signée ci-contre de l'intéressé.)

5° Indemne de cécité ? (3).....

Oui

6° Indemne de surdité ? (3).....

Oui

7° Indemne de toxicomanies ? (3).....

Oui  
(Alcoolisme, opiomanie ou morphinomanie ou cocaïnomanie.)

8° Indemne de toute maladie infectieuse ou parasitaire en activité ? (3).....

Oui

9° Indemne de tuberculose pulmonaire en période contagieuse ? (4).....

Oui

(1) Les nom et adresse du médecin doivent être indiqués très lisiblement.

(2) Rayer la mention inutile.

(3) Répondre par oui ou non.

(4) Répondre par oui ou non, et si possible donner les résultats de l'examen bactériologique et radioscopique.

(5) Répondre par oui ou non, et si possible donner les résultats de l'examen bactériologique et sérologique (Bordet-Wassermann).

NOTA. — Ce certificat ne sera valable qu'autant qu'il aura été signé d'un médecin désigné par le Consul de France et de l'intéressé.

10° Indemne de maladie vénérienne en période contagieuse ? (5) oui  
(*Syphilis, blennorrhagie, chancre mou.*)

11° Indemne des déterminations graves provoquées par les maladies vénériennes (3) oui  
(*En particulier: syphilis cérébrale ou médullaire, paralysie générale, tabès, rhumatisme, blennorrhagie.*)

12° Indemne de lèpre ? (3) oui

13° Indemne de trachome ? (3) oui

14° Indemne de toute maladie chronique l'exposant à une hospitalisation prolongée ? (3) oui

15° Y a-t-il lieu de procéder à la désinsectisation de ce travailleur avant son entrée en France ? (3) non

En conséquence, ce travailleur étant vacciné et indemne des affections indiquées ci-dessus, remplit les conditions sanitaires requises pour l'admission sur le territoire français.

A défaut de la photographie figurant sur le présent certificat, le médecin soussigné, a pris connaissance du passeport ou d'une pièce régulière d'identité du titulaire avec photographie.

A Iwów, le 28 - 5 - 19 30.

Signature du médecin :

**Déclaration de l'Impétrant.**

Je soussigné Köstebaum Abraham

Certifie être indemne :

- 1° De maladies mentales.
- 2° D'épilepsie.
- 3° De toxicomanies (alcoolisme, opiomanie, morphinomanie ou cocaïnomanie).
- 4° De manifestations actuelles de maladies vénériennes.

VISA A LA FRONTIÈRE.

Je reconnais avoir été averti que la non exactitude de cette déclaration m'expose soit à ma non admission sur le territoire français, soit à mon refoulement de celui-ci, même après un séjour prolongé.

A Iwów, le 28 - 5 - 19 30.

Signature :

Constatations médicales ultérieures :