

## CERTIFICAT MEDICAL

**nécessaire à l'obtention d'une carte d'identité monégasque électronique  
(si vous ne pouvez pas vous déplacer en Mairie)**

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

*Certifie que l'état de santé de M. Mme Mlle\* « nom » « prénom » :  
(Rayer les mentions inutiles)*

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

ne lui permet pas de se déplacer en Mairie afin d'effectuer les démarches relatives à sa carte d'identité.

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.*