

CERTIFICAT MÉDICAL

NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL ENFANT :

NUMÉRO (S) DE REGISTRE NATIONAL PARENT (S) :

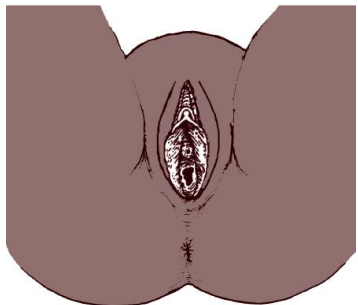
Veuillez compléter le présent certificat et le remettre à la personne qui vous le demande. Si elle le souhaite, cette personne transmettra le certificat au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) dans le cadre de sa procédure d'asile ou de la procédure de suivi « mutilations génitales féminines » (« MGF ») en tant que réfugié reconnu. Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet sur : <http://www.cgara.be/fr/mutilations-genitales-feminines>.

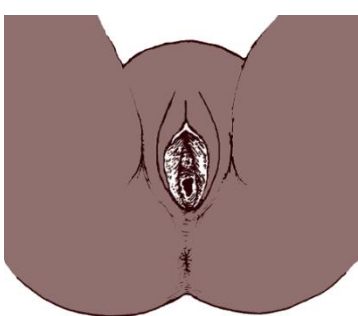
Si vous avez des questions sur les mutilations génitales féminines dans le cadre de la procédure d'asile ou sur la procédure de suivi « MGF », vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse : cgara-cgvs.gender@ibz.fgov.be.

Établi le : _____ (date)	Établi par : _____ (données du médecin (cachet))
À : _____ (lieu)	

Je soussigné(e), _____ (docteur en médecine),
déclare avoir **examiné** Mme/Mlle _____,
née le _____ à _____,

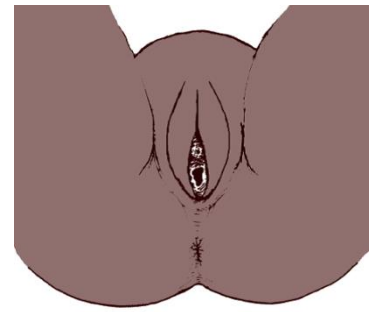
et avoir constaté que la situation actuelle est la suivante : (veuillez cocher la case qui conviennent)

<input type="checkbox"/> Elle n'a pas subi de mutilations génitales féminines.	 Vulve intacte
---	--

<input type="checkbox"/> Elle a subi une mutilation génitale féminine de Type 1 (Clitoridectomie) qui correspond à l'ablation partielle ou totale du capuchon et/ou du gland du clitoris. Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) : _____ _____ _____ _____	 Type 1 : clitoridectomie
---	---

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 2 (excision)**, qui correspond à l'ablation partielle ou totale du capuchon et/ou du gland du clitoris ET l'ablation partielle ou totale des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres.

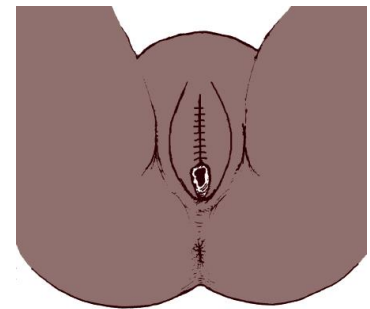
Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 2 : excision

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 3 (infibulation)**, qui correspond au rétrécissement de l'orifice vaginal par suture / accolement des petites lèvres OU des grandes lèvres, AVEC ou SANS ablation partielle ou totale du capuchon et/ou du gland du clitoris.

Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 3 : infibulation

Elle avait subi une mutilation génitale de **Type 3 (infibulation)**, et présente aujourd'hui une **désinfibulation partielle / désinfibulation complète** (veuillez barrer la mention inappropriée).

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 4**, qui correspond à **toute autre intervention portant atteinte à l'intégrité des organes génitaux féminins** à des fins non médicales.

Par exemple : percement, piqûre, abrasion, incision, cautérisation.

Elle a bénéficié d'une **opération chirurgicale au niveau des organes génitaux externes** (veuillez préciser laquelle).

Conséquences sur le plan médical :

Traitement proposé :

Remarques générales :

SIGNATURE DU MÉDECIN

Données du médecin (**cachet**) :

Signature :

Les illustrations utilisées dans le présent certificat proviennent de l'illustratrice Clarice, dans : « Mutilations génitales féminines : Guide à l'usage des professions concernées », Bruxelles, 2011.