

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), _____, docteur en médecine, certifie avoir
reçu à ma consultation, le _____ à _____ heures, un sujet qui se
présente sous le nom de :

né(e) le _____ et âgé(e) de _____ ans.

Le certificat est valable du _____ au _____ (dates de début et de
fin).

Ce certificat est délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour servir
et valoir ce que de droit.

Signature et cachet du médecin