

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Dr
certifie que M/Mme (nom, prénom)
.....
est atteint(e) de
.....
et nécessite un traitement prolongé par
.....

MEDICAL CERTIFICATE

I hereby, Dr
certify that Mr/Mrs (name, surname).....
.....
suffers from
.....
and requires a prolonged treatment with
.....

Date :

Signature

Tampon du médecin

