



Bureau médical

DR. -----

MÉDECIN - CHIRURGIEN

MÉDECINE GÉNÉRALE, PÉDIATRIE, MALADIES RESPIRATOIRES ET CUTANÉES

CHIRURGIE VÉNÉRIENNE, MAJEURE ET MINEURE

Adresse.. : ----- tel.. : -----

BONNE FOI, 25 JANVIER 2018

CERTIFICAT MÉDICAL

YO. _____

MÉDECIN CHIRURGIEN

Je certifie que Mme, _____ de __ **ANS D' ÂGE**.
Sous le numéro d'identification _____, elle a été
examinée dans cette clinique parce qu'elle était enceinte de 0 à 6
semaines et qu'elle souffrait d'une infection urinaire. En raison de
ses symptômes de santé délicats, elle a demandé le repos absolu.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes
sentiments distingués,

DR. _____
Chirurgien