

CERTIFICAT MEDICAL

Date: 12 mars 2025

Je soussigné(e), Dr. Dya Saad, certifie avoir examiné ce jour:

Nom et Prénom du patient: Alaoui Ahmed

et lui prescrit un repos médical de 10 Jours à compter de ce jour.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature et Cachet du Médecin: _____