

CERTIFICAT MÉDICAL

Modèle général · Modèle officiel

*Le professionnel de santé soussigné, légalement habilité à exercer la médecine,
certifie avoir examiné la personne identifiée ci-dessous :*

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Âge : _____ Sexe : _____ Pièce d'identité : _____ Téléphone : _____

ÉTAT DE SANTÉ / CONSTATATIONS

DIAGNOSTIC :

OBSERVATIONS / RECOMMANDATIONS :

Établi à : _____ le _____.

Dr : _____ N° RPPS : _____ Date : _____