



CERTIFICAT MÉDICAL DE REPOS

Justificatif pour maladie

Dr : _____ N° RPPS : _____ Spécialité : _____

Établissement / Centre de santé : _____ Adresse : _____

CERTIFIE QUE :

Le/La patient(e) : _____ Sexe : _____

Pièce d'identité : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

PÉRIODE DE REPOS RECOMMANDÉE :

Du : _____ Au : _____ Total jours : _____

Type de repos : _____ ☐ Partiel ☐ Complet

DIAGNOSTIC (CIM-10) :

CONSIGNES ET RESTRICTIONS PENDANT LE REPOS :

Prochain contrôle médical : _____ ☐ Urgent ☐ Programmé

Le présent certificat de repos est établi à : _____ le ____ ____ ____.

Signature et cachet du médecin

Dr : _____

N° RPPS : _____