



**École supérieure en informatique
de Sidi Bel Abbès**

Service :

Dr :

Sidi Bel Abbès le :

Nom :

Prénom :

Age :

Domicile :

Je soussigné Docteur.....nom, demuerant.....certifie avoir examiné ce jour monsieur ou madame X né(e) le.....à..... et avoir constaté 'altération de ses facultés mentales et/ou corporelles.

Ce patient me paraît avoir besoin :

- Les points mentionnés ...

Fait le à

Signature