

À , le

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e), , Docteur en médecine,
certifie que l'état de santé de M/Mme , né/e le,
de nationalité , * nécessite une prise en charge médi-
cale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une ex-
ceptionnelle gravité.

Sous réserve de la poursuite de cette prise en charge médicale, l'état de santé de
l'intéressé(e) est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

Certificat remis en main propre à l'intéressé(e).

D