

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Drsirine, certifie avoir examiné:

Patient: Patient Inconnu

Date: 24/01/2026 | Type: standard

## ARRÊT DE TRAVAIL

3 jour(s) à compter du 24/01/2026

Signature électronique

Drsirine

Date: 24/01/2026