

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), dr.martin, certifie avoir examiné le patient:

Nom du patient: Patient Inconnu

Date de consultation: 30/12/2025

Type de consultation: standard

ARRÊT DE TRAVAIL

Je prescris un arrêt de travail de 5 jour(s) à compter du 30/12/2025.

Signature électronique
dr.martin
Date: 30/12/2025