

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), M_M, certifie avoir examiné le patient:

Nom du patient: Patient Inconnu

Date de consultation: 23/01/2026

Type de consultation: standard

ARRÊT DE TRAVAIL

Je prescris un arrêt de travail de 4 jour(s) à compter du 23/01/2026.

Signature électronique

M_M

Date: 23/01/2026