

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), tbib2, certifie avoir examiné:

Patient: Patient Inconnu

Date: 24/01/2026 | Type: contrôle

## ARRÊT DE TRAVAIL

5 jour(s) à compter du 24/01/2026

Signature électronique

tbib2

Date: 24/01/2026