

Délégation Provinciale de BERRAICHIA

Circonscription Sanitaire de SOUALEM

Centre de Santé HAD SOUALEM

المنطقة الإقليمية ببرشا

الدائرة الصحية بالسوالم

مركز صحي هاد سوالم

CERTIFICAT MEDICAL DE CAPACITE PHYSIQUE:

Je soussignée Docteur

écrit au centre de

santé HAD SOUALEM; certifie avoir examiné le:

La personne qui m'a déclaré être nommée :

W.A.31.8713... Agée de ... m ... 04.08.2003



Kg ; Taille : Cm ; T.A. : /

Acuité visuelle : OD /10 ; OG /10

Après examen, j'atteste que l'intéressé (e) ne présente aucune maladie contagieuse cliniquement décelable et il - elle est déclaré(e) APTE INAPTE aux fonctions sollicitées.

Certificat établi à la demande de l'intéressé (e) et lui est remis en main propre pour servir et valoir ce que de droit.

HAD SOUALEM Le:

Signée