



05 FEV 2026

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE  
PHYSIQUE



Je soussigné

Médecin en fonction au CSU Sidi Maarouf Certifie par la présence que

Le (la) nommé (e)

..... ASTAZ .....

N° Cin ..... 815 721591 .....

Ne présente aucun signe de maladie contagieuse ou chronique Diagnostiqué cliniquement

Ceci à délivré à l'intéressé ( e) sur sa demande pour servir et valoir ce  
Que de droit.

Casablanca le :

05 FEV 2026

