



### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr: ..... certifie avoir examiné ce jour Melle/Mme/Mr YASSINE JMAJADEN CIN N° M.5.179.79. est déclaré qu'il est physiquement bien constitué et indemne de toute affection chronique ou contagieuse cliniquement décelable.

Il est, par conséquent déclaré APTE.

Délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à OIB. (O.I.B.) Le 31/07/2025

OG: .....

OD: .....

Taille: .....

Cachet et signature:

