

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE

Je soussigné, ^{Dr. RIANI Rachida}
^{Médecin Généraliste}
^{C/S Ben Ahmed}.....Docteur en médecine, certifie avoir
examiné ce jour, le (la) dénommé(e).....

.....SABIRI MOHAMED.....WB 56080

Et déclare d'après son examen clinique et des examens complémentaires qu'il (elle) est
physiquement **apte pour** l'emploi considéré.

En foi de quoi le présent certificat est délivré à l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de
droit.

Fait à Ben Ahmed, le: 29/07/2025

Signé :

~~Dr. RIANI Rachida~~
~~Médecin Généraliste~~
~~C/S Ben Ahmed~~

