

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, **Dr HALLAOUA A. Amine** certifie avoir examiné le (la) nommé (e)
âge de ans et déclare que son état de santé est indemne de tout affection
cliniquement décelable.

Dont certificat

Alger le :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, **Dr HALLAOUA A. Amine** certifie avoir examiné le (la) nommé (e)
âge de ans et déclare que son état de santé est indemne de tout affection
cliniquement décelable.

Dont certificat

Alger le :
