



Arrêt de travail

Le: 04/04/2023

Pour: M. Jaoaud Eddadsi

Je soussigne, Certifie que l'état de santé de **M. Jaoaud Eddadsi**, âgé de: **23 ans**.

Nécessite un arrêt de travail de **0 jours**, sauf complications. A dater du **05/04/2023** au **05/04/2023**