

Arrêt de travail

Le: 17/07/2023

Pour: M. Ayoub Aayadi

Je soussigne, Certifie que l'état de santé de **M. Ayoub Aayadi**, agé de: **21 ans**.

Nécessite un arrêt de travail de **2 jours**, sauf complécations. A dater du **19/07/2023** au **21/07/2023**