

Arrêt de travail

Le: 08/07/2025

Pour: Mme. Halima El haddad

Je soussigne, Certifie que l'état de santé de **Mme. Halima El haddad**, agé de: **43 ans**.

Nécessite un arrêt de travail de **4 jours**, sauf complécations. A dater du **08/07/2025** au **12/07/2025**