ABIDJAN TERMINAL

05 BP 3352 Abidjan 05

Tél. : 27-21-21-77-77

Fax : 27-21-21-77-90

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr………………………………………………………………………………………………………………………………

Certifie avoir examiné, ce jour l’enfant………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Né (e) le ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fils (le) de……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Et de…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Et déclare qu’il /elle est en bonne santé apparente.

En foi de quoi, ce présent certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Abidjan, le

LE MEDECIN