ROYAUME DU MAROC MINISTERE DE LA SANTE DELEGATION MEDICALE DE LAAYOUNE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL HOPITAL MY EL HASSAN BEN DEL MEHDI LAAYOUNE

o No Cont
CERTIFICAT MEDICAL
Je soussigné Dr:
Certifie avoir examiné: Khadija EL Nerlougui
Agé (e) de: 05/10/2001 CIN: 5H206611
Age (c) uc

••••••••••••••••••••••••
Taille:
Acuité visuelle:
OD.
O.D:
O.G:
Je déclare que le candidat sus nommé (e) est physiquement bien constitué indemne de
toute maladie cliniquement décelable.
toute malaule chinquement decelable.
Ou
Ou .
Je déclare que le candidat sus nommé (e)
Présente à l'examen clinique:
Fait à laayoune; le: 09/04/2023
the Cotting