

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr:

Certifie avoir examiné: *Khadja EL Terzougui*

Agé (e) de: *05/10/2001* CIN: *SH206611*

Taille:

Acuité visuelle:

O.D: *10*/10

O.G: *10*/10

Je déclare que le candidat sus nommé (e) est physiquement bien constitué indemne de toute maladie cliniquement décelable.

Ou

Je déclare que le candidat sus nommé (e) *Appr*

Présente à l'examen clinique:

Fait à laayoune; le: *09/04/2023*

DR. AMALI ZAKARIA
Medecin Generaliste
Laayoune
INPE: 111286076