

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

WILAYA DE SETIF

Etablissement Public Hospitalier

BOUGAA

CERTIFIAT MEDICAL

Je Soussigné Docteur :

Certifie que Mr : *Dr. MEDJANI*

S'est présente à la consultation le : *27/10/15* à :

Nécessite un arrêt de travail de : à compter du :

Nécessite un évaction scolaire de : *27/10/15* à compter du : *27/10/15*

Lui permet de pour suivre sa scolarité.

Fait à Bougaa le : *27/10/15*

Le Médecin,