

CABINET MÉDICAL  
Dr. [NOM DU MÉDECIN]  
Adresse du cabinet

## CERTIFICAT MÉDICAL

N° CERT-2025-0003

**Patient:** Pierre Bernard  
**Date de naissance:** 03/12/1990  
**Date du certificat:** 06/08/2025  
**Type:** Certificat de sport

Je soussigné(e), Docteur [NOM], certifie avoir examiné ce jour :

**Pierre Bernard**

Diagnostic d'exemple pour Pierre Bernard Description du certificat sport

Fait à [VILLE], le 06/08/2025

Dr. [NOM DU MÉDECIN]

Signature et cachet