

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Dr. (médecin traitant), certifie avoir examiné ce jour,

(né(e) le)

et atteste que cette personne est dans l'incapacité de travailler pour des raisons médicales.

Je recommande un repos complet pour permettre une guérison optimale.

Signature et cachet du médecin