

# Certificat médical

**Nom du médecin :** [nom du médecin]

**Nom du patient :** [nom du patient]

**Adresse :** [adresse du médecin]


**Date de l'examen :** [date de l'examen]

**Téléphone :** [téléphone du médecin]

Ce certificat atteste que [nom du patient] a été examiné(e) le [date de l'examen] et souffre de [diagnostic]. Par conséquent, il/elle doit prendre un congé de [durée du congé].

Fait le [date de la signature]

Signature :

 Signature du médecin