

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