

# Certificat médical

Je soussigné(e), [Nom du médecin], certifie que [Nom du patient], né(e) le [Date de naissance], a été examiné(e) le [Date de l'examen] et présente les symptômes suivants :

- Symptôme 1
- Symptôme 2
- Symptôme 3

En conséquence, il est recommandé que [Nom du patient] bénéficie d'un repos complet pendant [Durée recommandée] afin de favoriser une guérison optimale.