

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DIRECTION RÉGIONALE DE JANDOUBA
HÔPITAL BOUSALEM

CERTIFICAT DE BONNE SANTÉ

Je soussigné Dr :

Certifie avoir examiné ce jour le : 17-11-2022
(Mr, M^{lle}, M^{mes}) : *Aouadi Chaïme*

Et déclare qu'il (elle) :

- Jouit de toutes ses facultés physiques et mentales.
- Jouit d'une locution correcte.
- Qu'il (elle) ne présente pas d'infirmités cachées ou apparentes.
- Qu'il (elle) est indemne de toute maladie contagieuse ou infectieuse.
- Qu'il (elle) est apte à

Certificat délivré à l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Bousalem le :

Cachet et signature du médecin

