

# CERTIFICAT MÉDICAL

Par la présente nous certifions que \_\_\_\_\_

né le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

n'est atteint ni de trachome, ni de lèpre, ni de dysenterie, ni d'épilepsie, ni de maladie psychiatrique, ni de tuberculose, ni de poliomyélite, ni d'aucune autre maladie risquant d'être dangereuse pour la santé publique.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_