

SERVICE ASSIMILATION

Dossier.....

N°

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir donné mes soins à

M.....

domicilié(e) à.....

ruen°.....

et avoir constaté que l'intéressé(e) est :

1° atteint(e) d'une incapacité de travail de%
(préciser le pourcentage)

2° depuis le pour une durée de
(préciser la durée)

A, le
(Cachet et signature du docteur)