

CERTIFICAT MEDICAL

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 de SIDA, ni d'aucune autre maladie risquant d'être dangereuse pour la sante publique. Test de depistage VIH: négatif

Fait à _____ le _____

Signature _____

Fonction _____