

Certificat médical

Nom	Prénom
Adresse professionnelle	Numéro RPPS	----- (11 chiffres)

Je soussigné.e, certifie avoir examiné
Madame née le / /
Domiciliée à

Le / / 20.... à heures, à

Elle déclare avoir été victime de «
.....
.....
.....
.....
Le / / 20.... à heures, à

Elle présente à l'examen clinique :

Sur le plan physique

Sur le plan psychique

Depuis, elle dit se plaindre de «.....
.....
.....
.....

Certificat établi le / / 20.... à heures, à,
à la demande de Madame et remis en main
propre pour faire valoir ce que de droit.

signature et tampon de la sage-femme