

Lieu, date

Je soussigné(e) ..... , Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de M/Mme..... né/e le....., de nationalité....., (*numéro de dossier sil y a lieu*) nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Sous réserve de la poursuite de cette prise en charge médicale, l'état de santé de l'intéressé(e) est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

Certificat remis en main propre à l'intéressé

Signature et cachet du médecin