REPUBLIQUE TUNISIENNE

MINISTERE DE LA SANTE

HÖPITAL DE CIRCONSCRIPTION

DE AMDOUN

CERTIFICAT D'APTITUDE PHISYQUE

Je soussigné (e) docteur .....Harrabi Ahd.....médecin de la santé à AMDOUN

Certifie avoir examinée ce jour le nommé (e).....Medi Abderrahman

Carte d'identité N°.....14284766.....délivrée à.....Tunis.....

Le .....agé (e) de 22 ans.demeurant à .....Amdoun.....

Et atteste :

Qu'.....il.....est indemne de toutes affections physiques. Contagieuses et cancéreuses

Qu'.....il.....jouit pleinement de toutes ses facultés mentales et

qu'.....il.....est apte à exercer toutes fonctions sur tout le territoire de la république tunisienne

Le présent certificat lui a été délivré pour servir et valoir ce que de droit

AMDOUN le 28/01/2025

LE MEDECIN