

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné **Docteur** en médecine, certifie que l'état
de santé de M. Mme. Mlle. Hagiga Mohamed

NÉCESSITE :

1. un arrêt de travail de : 20 jours jours

à compter du : 28/02/2021

2. une prolongation d'arrêt de travail de : / jours

à compter du : / au /

3. Lui permet de Reprendre son travail : /

en date du /

Ouargla le : 28/02/2021

Le Médecin

Dr. KETTI Imen

MÉDECIN GÉNÉRALISTE