

MODELE D'ATTESTATION OBLIGATOIRE À REPRODUIRE
SUR PAPIER A EN-TÊTE DU CRCM

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e), DocteurXXX.....,

Médecin à l'hôpital deXXX.....,

Certifie que.....XXX....., né(e) le.....XX/XX/XXXX.....,

est atteint(e) de mucoviscidose.

Certificat fait à la demande de l'intéressé (e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date/...../.....

Signature et cachet du médecin du CRCM