



RESULTATS DE L'EXAMEN MEDICAL

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE

Nom du médecin

Adresse

.....

Le médecin soussigné ci-dessus,

certifie avoir examiné le

Madame / Monsieur

Né le

Demande de reprise d'activité à compter du : 1^{er} septembre 20..... :

- avis favorable
- avis défavorable

Commentaire :

.....

.....

.....

Fait à....., le.....

Signature et cachet du médecin,