

Certificat de circonstance :

Par le présent certificat je reconnais que la présence de Madame/Monsieur :

Nom :
Prénom :

était nécessaire auprès de mon/ma patient(e) Madame/Monsieur :

Nom :
Prénom :

à la/aux date(s) suivante(s) :

.....
.....
.....
.....

<u>Lieu :</u>	<u>Docteur :</u> Nom : Prénom : Date : Signature :
---	---