

Certificat d'invalidité

Je soussigné Docteur, médecin en service au Centre hospitalier Départemental de (CHD-OP) certifie avoir examiné ce jour Monsieur / Madame, né(e) le à âgé(e) de ... ans et juge que son état de santé et sa condition physique nécessite une exemption de toutes activités professionnelles.

En foi de quoi le présent certificat lui est délivré pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à le

.....
.....

(1) : rayer les mentions inutiles