



CERTIFICAT MEDICAL

Tél. :33.839.50.50
Fax :33.839.50.88
BP:3006

Dr Rene Andre Macodou NDIAYE
Médecin Coloré
Spécialiste des Hôpitaux des Femmes
Orthopédie - Traumatologie
H. P. D

Je Soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour 10/06/2024

Mme, Mlle, Mr. Nor Niang Matricule.....

Né(e) le 26/02/1993 à Profession.....

Qui dit.....et avoir constaté qu'il (elle) présente.....

1°) Description anatomique des lésions ou des séquelles :

Fracture fémur gauche (RTT)

2°) Etat antérieur :

3°) Autres infirmités (préexistantes) :

En conséquence, j'estime, sauf complications ou modifications ultérieures de

L'état actuel que l'intéressé (e) doit bénéficier. (*).

Arrêt de travail de

D'une prolongation d'arrêt de travail de :

Total de

Partielle permanent (I. P. P) :

Date de consolidation : 10/06/2024 ou guérison.....

Date de reprise de travail 19/06/2024

En foi de quoi, le présent certificat Médical établi à la demande de Mme, Mlle, Mr.....

.....Est remis en mains propres à mains propres à.....

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Dakar le 10/06/2024

Signature du Médecin

(*)Rayez la mention inutile

Dr Rene Andre Macodou NDIAYE
Médecin Coloré
Spécialiste des Hôpitaux des Femmes
Orthopédie - Traumatologie
H. P. D