

CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'ENFANTS
ALBERT ROYER

BP : 25755 DAKAR - FANN
Tél : 33 859 47 47
DAKAR (SÉNÉGAL)

Le

09/07/2023

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr. Abdoulaye Diallo

certifie avoir examiné ce jour, Mme, Mlle, Mr : Mme X. K. F. F.

âgé(e) de : 31 ans habitant : Point D

et atteste que :

son état de santé présente
une détérioration à l'insuffisance
cardiaque et vomissements

1° nécessite un traitement avec arrêt de travail de (10) jours

du 08/07/2023 au 18/07/2023, sauf complications

2° nécessite une prolongation d'arrêt de travail de _____ jours

du _____ au _____, sauf complications

3° nécessite l'admission d'urgence _____

ou nécessite le transport d'urgence en ambulance à l'hôpital _____

Signature :

Abdoulaye Diallo
A.R.D.