



CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE

Je soussigné, Docteur : **Dr François Charles NDIAYE** Assistance Médicale
Médecin Sénégal
Dakar

Titulaire de l'agrément n :

Certifie que M : **BIRANE CISS**.....

Né(e) le : **14/07/1991**..... à **POPENGUINE**.....

Demeurant : **GRAND DAKAR**.....

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur.

Date de l'examen : **05/01/21**

Date de limite de validité : **05/01/22**

Restrictions éventuelles à reporter sur le certificat :

Signature et cachet

Dr François Charles NDIAYE
Médecin
Dakar
Assistance Médicale
Sénégal
3 Avenue des Ambassadeurs
Tél/Fax: 33 824 26 71 - Sénégal