



CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE

Je soussigné, Docteur : **Dr François Charles NDIAYE**
Médecin
Dakar
Titulaire de l'agrément n : **Assistance Médicale**
Senegal
3 Avenue des Ambassadeurs
Tel/Fax: 33 824 26 71 - Senegal

Certifie que M : **...PAPA EL HADJI MAMADOU DIOUF...**

Né(e) le : **06/08/1986..** à **...DAKAR.....**

Demeurant : **.....PARCELLES.....**

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
Senegal
3 Avenue des Ambassadeurs
Tel/Fax: 33 824 26 71 - Senegal

AMS- CC 500715/F – NINEA 04149960R9
N° 09693 MFSNEFMF/DDC/D.ONG du 13.11.2008