



RUFISQUE, LE .....

PH/10/05

## REPOS MEDICAL

Dr Moustapha Fall

Je soussigné \_\_\_\_\_

Medecin Generaliste

Médecin- traitant au Centre Hospitalier Youssou Mbargane DIOP, certifie avoir examiné ce jour :

Le nommé (e) \_\_\_\_\_ Alaa Hamey Pouye

Service : \_\_\_\_\_ SPM

et avoir constaté que son état de santé nécessite un repos médical de :

PX (Sept) jours à compter du 01/10 - 08/10/2015

Ce présent certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Le Médecin traitant

Dr Moustapha Fall  
Medecin Generaliste