

# Certificat médical

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, docteur en médecine, certifie avoir examiné à sa demande,  
le \_\_\_\_\_, Mme / Mlle \_\_\_\_\_ née le \_\_\_\_\_

Celle-ci ne présente pas de signes évidents de défloration.

Certificat établi à la demande de l'intéressée et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Cachet



Signature

