

WILAYA DE TIPASA

DAIRA DE HADJOUT



CERTIFICAT MEDICAL DE BONNE SANTE

Pour Renouvellement du Permis de Conduire



Je soussigné médecin

Certifier après avoir examiné ce jour le

Le nommé (e)

Né (e) le à

Et déclare que l'intéressé (e) est indemne de toute affection cliniquement décelable, et donc apte à renouveler son permis de conduire.

Acuité visuelle sans ou avec correction :

— œil droit

— œil gauche

Certificat délivré pour servir et valoir ce que de droit.

LE MEDECIN

Cachet et Signature