

Certificat congé longue durée

Je soussigné(e) Docteur _____ ,
certifie après examen de Mr/Mme _____
que son état de santé nécessite une mise en Congé de Longue Durée
pour une période de _____ mois renouvelable à compter du _____

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit

Fait le : à :

Cachet



Signature

