

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL.-

DATE *le 7.2.79*
NOM ET PRENOM ... *Mukunda* *Noël*
AGE *17 ans* SEXE ... *Masculin*
ETAT CIVIL .. *Cibataire* NATIONALITE .. *Rwandais*
LIEU DE NAISSANCE *Bugokogoba* RESIDENCE .. *Duhima*
POIDS *46 kg* TAILLE .. *1.59 m*
VISION *1/10* AUDITION *1/10*

EXEMEN CLINIQUE ET ANAMNESE

APPAREIL DIGESTIF :
APPAREIL RESPIRATOIRE :
APPAREIL URO-GENITAL :
APPAREIL NERVEUX :
APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

EXAMEN DE LABORATOIRE

URINE ET M
SANG KH OU AUTRES
MATIERES FECALES
RADIOGRAPHIE DU THORAX
HABIMANA EMMANUEL
Technicien Radiologue

CONCLUSION :

Je soussigné Docteur *D. Nzaramba* certifie que l'
examen médical pratique montre que l'état de santé du nommé - de la nommée
... *Mukunda* ne lui permet pas de remplir ses
fonctions sans danger ni pour lui - elle ni pour autrui.-

Signature :

Dr D. NZARAMBA

Rayer les mots inutiles.-