

M.A.

REPUBLIQUE RWANDAISE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CENTRE HOSPITALIER DE KIGALI.-

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL.-

DATE 27-7-69  
 NOM ET PRENOM Mupenzi Jean B.  
 AGE 22-7-64 SEXE Homme  
 ETAT CIVIL ..... NATIONALITE Rwandaise  
 LIEU DE NAISSANCE Butohwe RESIDENCE Ngungwe  
 POIDS 36kg TAILLE 135  
 VISION ..... AUDITION nl

*Stamp: CHK 10/10*

EXAMEN CLINIQUE ET ANAMNESE.-

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

*Handwritten: 1/2*

EXAMEN DE LABORATOIRE.-

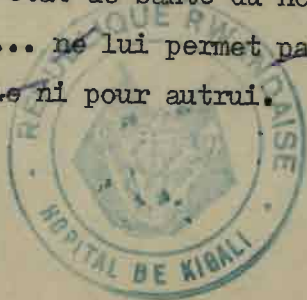
URINE ET M. ....  
 SANG KH OU AUTRES .....  
 MATIERES FECALES .....  
 RADIOGRAPHIE DU THORAX .....  
*exoné cliniquement* **TECHNICIEN RADIOLOGUE**

CONCLUSION :

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

Signature :

*Stamp: Dr DANZAMBA*



Rayer les mots inutiles.

M.A.

REPUBLIQUE RWANDAISE  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
CENTRE HOSPITALIER DE KIGALI.-

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL.-

DATE .. 22-7-64 .....  
NOM ET PRENOM .. Mupenzi Jean B. ....  
AGE .. 22-2-64 ..... SEXE .. Homme Rwandais .....  
ETAT CIVIL ..... NATIONALITE .. Rwandais .....  
LIEU DE NAISSANCE .. Mutohwe ..... RESIDENCE .. Nyarugenge .....  
POIDS .. 36 kg ..... TAILLE 1.55 .....  
VISION .. 10/10 ..... AUDITION .. m .....  
10/10

EXAMEN 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 .. certifie que  
l'examen médical pratique montre que l'état de santé du nommé - de la nommée  
ne lui permet pas de remplir ses  
fonctions sans danger ni pour lui - elle ni pour autrui.

Signature :

DR. D. NZAKAMBA



Rayer les mots inutiles.

M.A.

REPUBLIQUE RWANDAISE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CENTRE HOSPITALIER DE KIGALI.-

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL.-

DATE .. 22-7-79 .....

NOM ET PRENOM .. *Mupenzi Jean B.* .....

AGE .. 22-7-64 .....

SEXE .. *Homme* .....

ETAT CIVIL .. .....

NATIONALITE .. *Umunyarwanda* .....

LIEU DE NAISSANCE .. *Rutshwe* .....

RESIDENCE .. *Nyungwe* .....

POIDS .. *36 kg* .....

TAILLE .. *125* .....

VISION .. *10/10* .....

AUDITION .. *nl* .....

CHK - OPHTHALMOLOGIE  
10/10

EXAMEN CLINIQUE ET ANAMNESE.-

APPAREIL DIGESTIF / :

APPAREIL RESPIRATOIRE :

APPAREIL URO-GENITAL :

APPAREIL NERVEUX :

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

*lg*

EXAMEN DE LABORATOIRE.-

URINE ET M. ....

SANG KH OU AUTRES .. *negatif* .....

MATIERES FECALES .. *negatif* .....

RADIOGRAPHIE DU THORAX .. *ok* .....

HABIMANA EMMANUEL  
TECHNICIEN RADIOLOGUE

CONCLUSION :

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

Signature : *[Signature]*  
Dr D. NZARAMBA



Rayer les mots inutiles.

M.A.

REPUBLIQUE RWANDAISE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CENTRE HOSPITALIER DE KIGALI.-

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL.-

DATE .. 22-2-19 .....

NOM ET PRENOM .. *Mupenzi Jean B.* .....

AGE .. 22-10-64 .....

SEXE .. *Homme* .....

ETAT CIVIL .. .. NATIONALITE .. *Rwanda* .....

LIEU DE NAISSANCE .. *Rutabwa* .....

RESIDENCE .. *Muganga* .....

POIDS .. *70 kg* .....

TAILLE .. *1.75* .....

VISION .. *10/10* .....

AUDITION .. *OK* .....

EXAMEN 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 .. *Negatif* .....

MATIERES FECALES .. *Negatif* .....

RADIOGRAPHIE DU THORAX .. *Negatif* .....

HABIMANA EMMANUEL  
TECHNICIEN RADIOLOGUE

CONCLUSION :

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

Signature : D. D. NZIRAMBA



Rayer les mots inutiles.