



Centre Hospitalier St-Jacques de Saint-Céré

Service des urgences
Hospitalisation de Courte Durée
Tel : 05.65.10.40.39
Fax : 05.65.10.40.40

202602313 00095189
NN : DENIS
NU : DENIS MATTHIEU

Né(e) le : 29/09/2012 13 ans
Le 18/01/26 2310 Sexe : H

CERTIFICAT MEDICAL

Concernant Mlle, Mme, Mr : DENIS MATTHIEU

Né(e) le : 29/09/2012

Je soussigné(e) Docteur : BIANI GERMAIN

Certifie avoir examiné cette personne le : 18/01/26 à 19 h 10

Il a été constaté que Traumatisme de

l'épaule gauche =>
contusion épaule gauche.

- Il a été prescrit
 - un arrêt de travail de jours
 - un ITT de jours

- Certifie que, sauf complications, son état de santé nécessite pour une durée de jours :
 - une éviction scolaire
 - une dispense d'activité sportive
 - le repos à domicile avec la présence de sa mère/son père.

Fait à Saint-Céré, le 18/01/26

Nom Médecin, Signature et tampon
Docteur Germain KADAIROU BIANI
 Médecin Urgentiste
 RPPS : 70101162617
 CH St-Jacques - 46400 ST CERÉ

PS.: Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire et valoir ce que de droit. il ne vous sera pas délivré d'autre certificat, prière de faire des photocopies.



Centre Hospitalier St-Jacques de Saint-Céré

Service : Urgences/UHCD
Tél : 05.65.10.40.39
Fax : 05.65.10.40.40

N° FINESS : 460780091



202602313	00095189
NN : DENIS	
NU : DENIS MATTHIEU	
Patient	
Né(e) le : 29/09/2012	13 ans
Le 18/01/26	2310 Sexe :H

Saint-Céré, le

18/01/26

Je soussigné Docteur BIANI GERMAIN

certifie que l'état de santé de : (Nom-prénom) DENIS MATTHIEU

nécessite :

- une dispense de sport
- une éviction scolaire

pour une durée de deux Jours sauf complications.


 Docteur Germain BIANI
 (Signature et tampon)
 RPPS : 10101162617
 CH St-Jacques - 46400 ST CERÉ

« Devant la persistance ou l'aggravation de symptômes suite à votre consultation aux Urgences, n'hésitez pas à recontacter votre médecin traitant, le centre 15 24h/24 ou le médecin des Urgences au 05 65 10 40 39 »