

Certificat de santé pulmonaire

Numéro d'assurance sociale

Numéro d'assurance maladie

Délivrance

Année Mois Jour

Nom et adresse du titulaire

J'atteste que j'ai examiné le titulaire de ce certificat en vertu du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines et qu'au meilleur de ma connaissance, ce dernier a droit au présent certificat.

Date de
l'examen

Année Mois Jour

Signature du titulaire

Signature du
médecin ▶

N° du médecin