

MAISON MÉDICALE DE [REDACTED]
S.C.P. des Docteurs - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - N° 0 [REDACTED]
Service d'urgence jour et nuit toute l'année assuré avec les Drs [REDACTED]
En cas de difficulté : 15

Tél. : [REDACTED] - Fax : [REDACTED]

Docteur [REDACTED]
Ancien Interne du Centre Hospitalier

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] le 5 Février 2009

Certificat pour le patient **Mme** [REDACTED]

Je, soussigné dr [REDACTED], certifie que Mme [REDACTED] domiciliée [REDACTED] à [REDACTED], née le [REDACTED] présente de toute évidence tous les symptômes de de la pathologie du syndrome d'hyper sensibilité aux champs électromagnétiques à un niveau aigu, et par conséquent, les personnes atteintes ne peuvent pas se rendre dans des endroits, ni dans les agglomérations où existent une certaine intensité de champs électromagnétiques.

Remis en mains propres pour servir ce que de droit.

Dr [REDACTED]

Docteur [REDACTED]
O
S
M
O
C
E [REDACTED] E