

*Certificat de Maladie.*

*Rapport qui devra être fait et passé au Comité de Régie (quand celui-ci l'exigera) à chaque semaine par tout médecin ayant sous ses soins un malade appartenant à l'Union St. Joseph.*

Je soussigné M. D., certifie que M.  
souffre de caractérisé par:

Symptômes généraux :

Symptômes locaux :

Température :

Caractère du Pouls :

Caractère de la Respiration :

Nombre de Pulsations :

Nombre de Respirations :

En conséquence de l'état ci-dessus que j'ai occasionné de constater, je déclare que M.

est incapable de travailler depuis

St. Hyacinthe, le

188

M. D.