



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN



Maternal and Child  
Survival Program

# Certificat

## NOM DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE

Reçoit ce certificat pour avoir réussi...

Jour, Mois, Année

Ville, Pays

---

**Nom du directeur ou de la directrice du bureau de programme**  
**Titre**  
**Programme de survie maternelle et infantile (PSMI)**