

PHOTO DE
L'ENFANT

TAMPON
MÉDECI
N OU
CABINET

**ATTESTATION
POUR LA DEMANDE
DU PASSEPORT MEXICAIN**

Je soussigné(e), (nom complet et poste du signataire) atteste que :

L'enfant (nom complet de l'enfant tel qu'il apparaît sur l'acte de naissance mexicain), né le (date de naissance) à (lieu de naissance), dont la photographie est jointe à ce document est mon/ma patient(e) depuis (date à laquelle il/elle est devenu (e) patient (e) de cet établissement).

La présente est délivrée à la demande des parents de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Fait à (lieu et date de la signature)

Signature et tampon du médecin