

Cabinet Médical
Dr. S. ALEXIS LEBARRE
Dr. SAXONET PELLERIN
Pédiatrie
TOULOUSE



FOTO CANCELADA
CON SELLO DE LA
INSTITUCIÓN



38300 Grenoble
RPPS 10001738755

Contenido:

**Nombre y puesto
del médico pediatra**

**Nombre completo
del menor (nombre
y apellidos)**

Je, soussignée, Dr ~~Geneviève~~ Lébarre, certifie que les informations fournies ci-dessous sont exactes.

L'enfant ~~Mathilde Lébarre~~, né le ~~10/07/2014~~, dont la photographie est jointe à ce document est mon patient.

La présente est délivrée à la demande des parents pour faire valoir ce que de droit.

Firma

Datos de contacto

Dr. ~~A. Lébarre~~
~~48 rue de la République~~
~~38300 Grenoble~~

NOTA:

**La presentación de una constancia médica es exclusivamente para los menores de 7 años a
falta de cualquiera de las identificaciones mencionadas en los puntos anteriores.**