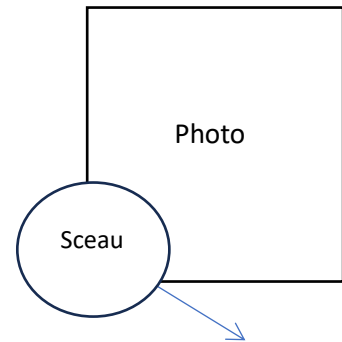


LOGO du PEDIATRE



Le sceau doit être tamponné sur la photo du mineur

Je soussigné, medecin _____

Habilité à exercer ma profession par mon numéro de certificat professionnel _____

Certifie que le mineur _____ dont

la photographie figure en marge, est le fils/fille de _____ qu'il/elle est

mon patient depuis le _____.

Cette lettre est délivrée à la demande des parents du mineur, aux fins pour lesquelles elle leur convient.

Sincèrement,
