

Cabinet Médical

Dr. SANDRINE BASTILLE
Dr. SANDRINE BASTILLE

Pédiatrie

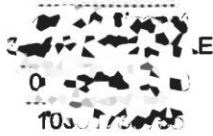
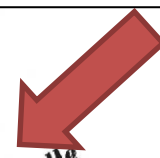


FOTO CANCELADA
CON SELLO DE LA
INSTITUCIÓN



38000
RPPS 10001738755

Contenido:

**Nombre y puesto
del médico pediatra**

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

Je, soussignée, Dr. Sandrine Bastille, certifie que les les informations fournies ci-dessous sont exactes.

L'enfant [blurred], né le [blurred], 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. [blurred]

Dr. [blurred]

48 [blurred]

[blurred]

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.