RATTESTATION DE MISSION

|  |
| --- |
| **AUTORITE REQUERANTE :**  Expert : Docteur Léonard GAUTRELET – Médecin Psychiatre  Adresse : 61 rue de Lyon, 75012 Paris  Courriel : leonard.gautrelet@pm.me  Procédure : {PROC\_1} {PROC\_2} – {NOM\_PRENOM} – *Greffe : {OPJ\_GREFFIER}* |
| **PERSONNE REQUISE :**  Nom :  Interprète en langue {NOTES\_CONVOCATION} |
| **MISSION RÉALISÉE**  **Traduction orale :**  Réalisée le {DATE\_EXAMEN} au CP de {LIEU\_EXAMEN}.  De 13h30 à 17h30 |

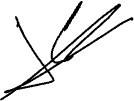
**Léonard GAUTRELET Expert Psychiatre**

Dr. Léonard Gautrelet

Praticien Hospitalier



**À Paris Le {DATE\_EXAMEN}**



**Signature&cachet**