**ATTESTATION DE MISSION**

* **AUTORITE REQUERANTE**

{MAGISTRAT}, magistrat près du TJ de {TRIBUNAL}, via {OPJ\_GREFFIER}

Commissariat de Police de {LIEU\_EXAMEN}

Procédure : {PROC\_1} {PROC\_2} – {NOM\_PRENOM} – *Greffe : {OPJ\_GREFFIER}*

* **PERSONNE REQUISE**

Expert : Docteur Léonard GAUTRELET – Médecin Psychiatre – non-COSP

Adresse : 61 rue de Lyon, 75012 Paris

Courriel : leonard.gautrelet@pm.me

SIRET : 902 743 111 N° TVA intracommunautaire : FR 15902743111

* **MISSION RÉALISÉE**

**Rapport d’expertise médicale (article R. 117 CPP) :**

Psychiatrique

Réalisée le {DATE\_EXAMEN} – *{DATE\_OCE}*

Chefs : {CHEFS\_ACCUSATION}

* **AUTORITÉ VALIDANTE**

**Nom : {OPJ\_GREFFIER}**

**Fonction : OPJ / Greffier**

**À : {LIEU\_EXAMEN}**

**Le : {DATE\_EXAMEN}**

**Signature&cachet**