**EXAMEN PSYCHIATRIQUE et MÉDICOPSYCHOLOGIQUE**

**de Madame {NOM\_PRENOM}**

Chef : {CHEFS\_ACCUSATION}

*Examen réalisé le {DATE\_EXAMEN} sur réquisition de{PROC\_1}* - {NOM\_PRENOM}

* **PERSONNE REQUISE**

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 et médicopsychologique

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

Chefs : {CHEFS\_ACCUSATION}

* **AUTORITÉ VALIDANTE**

**Nom : {OPJ\_GREFFIER} Fonction : OPJ**

**À : {TRIBUNAL} Le : Signature&cachet**