

*Patient :*

**M. CAVELLI SACHA**

*Né le :*

**29/08/1998**

*RDV le :*

**mardi 20 octobre 2020 à 10h30**

*Avec :*

**Pr Pierre THOMAS**

*À l'adresse suivante :*

**CHU Nice - Hôpital Pasteur**

**30 Voie Romaine**

**06000 Nice**

**M. CAVELLI SACHA**

**1430 ROUTE DE GATTIERES**

**06640 ST JEANNET**

Je certifie que le/la patient(e) ci-dessus s'est bien présenté(e) au CHU à la date de la consultation.

À Nice, le 20/10/2020

Pr Pierre THOMAS

**CHU DE NICE - HOPITAL PASTEUR**

Service de Neurologie

**Professeur Pierre THOMAS**

Finess: 06 0785003 - RPPS: 1000 329 51 01

30, Voie Romaine

CS 51069 - 06001 NICE Cedex 1

Tél. 04 92 03 78 96 - Fax 04 92 03 79 07