

UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

CERTIFICAT DE RÉCEPTION AU DOCTORAT

DIPLÔME D'ÉTAT

Je soussigné, Doyen de la Faculté de Médecine Paris-Ouest,  
certifie que Monsieur *Montel Jean-Marc*

né le *20 Mai 1955*  
à *Boulogne sur Seine*  
département *Hauts de Seine*

a été reçu Docteur en Médecine devant ladite Faculté  
le *Mardi 12 Mai 1981*

Le présent certificat a été délivré à titre provisoire en attendant  
la remise du diplôme.

Paris, le *12 Mai* 1981

Pour le Doyen :  
Le Secrétaire général de la Faculté,

*P. D.*



Le Diplôme ne sera remis  
qu'en échange du présent  
Certificat.