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 Simon Nicolas*

né le *27 Juillet 1946*

à *Buenos Aires*

département *Argentine*

a été reçu **Docteur en Médecine** devant ladite Faculté

le *Jeudi 24 Novembre 1977*

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

Paris, le *5 Décembre 1977*

Pour le Doyen :

Le Secrétaire général de la Faculté,

F. Doyen

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