

**MODIFICATION DU RECEPISSE DE DECLARATION du 8 août 2025 délivré à CAVILLON FLORIAN
EN VUE DE REALISER L'EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE**

[AJOUT D'UN LOCAL PROFESSIONNEL]

PREVU DANS LE CADRE DU CONTROLE MEDICAL DE L'APTITUDE A LA CONDUITE

(Arrêté interministériel du 26 août 2016 relatif à l'examen psychotechnique prévu dans le cadre du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

DECLARANT (PERSONNE MORALE OU PERSONNE PHYSIQUE) :

Nom ou dénomination sociale : CAVILLON FLORIAN

N° SIREN, SIRET ou RCS : 84202558700028

N° de téléphone : 07 80 97 91 49

Adresse électronique : cavillon.f@gmail.com

REPRESENTE PAR :

Nom : CAVILLON

Prénom : Florian

I 

Qualité : Le gérant



Adresse électronique : cavillon.f@gmail.com

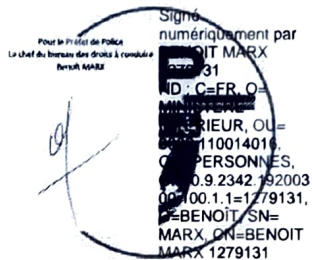
NOM ET NUMERO ADELI DES PSYCHOLOGUES INTERVENANTS :

Nom	Prénom	N°ADELI
CAVILLON	Florian	759386204

ADRESSE DU LOCAL OU DES LOCAUX PROFESSIONNEL(S) EXPLOITE(S) :

Adresse	Code postal - Commune
27 rue du Faubourg-Montmartre	75009 Paris
17 rue d'Aumale	75009 Paris

Fait à : Paris



le : 11/08/2025

Signature et cachet de l'autorité

☒ Je soussigné(e), le déclarant et/ou son représentant, atteste sur l'honneur que les renseignements figurant sur la présente déclaration sont exacts et m'engage à signaler toute modification substantielle.

Je suis informé que toute fausse déclaration entraînera la caducité de la présente déclaration et m'exposera aux sanctions prévues à l'article 441-6 du code pénal.

Date : 14/08/2025

Signature :

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.