

CERTIFICADO MÉDICO

Yo, el abajo firmante Dr. _____, Doctor de Medicina, certifico que el reconocimiento médico de _____ (nombre completo).

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Demuestra la necesidad de tomar los siguientes alimentos especiales con fines médicos (Comisión Directiva 1999/21/EC):

Por la presente, certifico que el paciente está bajo este tratamiento padece una enfermedad rara metabólica y precisa del uso diario de los productos prescritos. Es esencial viajar con la cantidad exacta la cual es vital para cubrir la estancia completa en _____ (país de destino).

Fecha: _____

Firma del Doctor: _____

Sello del Doctor:

MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned Dr. _____, Doctor of Medicine,
certify that the examination of _____ (full name)

Date of birth: _____ Age: _____

reveals the need of taking the following food for special medical purposes (Commission
Directive 1999/21/EC):

I hereby certify that the patient has been under this treatment due to a rare metabolic disease
and has to take the prescribed products daily. It's essential to travel with this exactly amount
which is vital to cover the entire stay in _____ (country).

Date: _____

Doctor's sign: _____

Doctor's Stamp: