

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné, Dr. ...., Docteur en Médecine,  
certifie avoir examiné(e) ..... (nom et prénom)

Date de naissance: ..... Age: .....

L'examen demontre le besoin de prendre les aliments speciaux suivants  
aux fins médicales (Comisión Directiva 1999/21/EC):

.....  
.....  
.....  
.....

Je certifie que le patient est sous traitement pour souffrir d'une maladie  
métabolique rare et il a besoin de l'usage de ces produits prescrit tout les  
jours. C'est fondamental et vital pour le patient, voyager avec la quantité  
exact pour la durée de son séjour en ..... (pays  
de destination).

Date: .....

Signature et cachet du médecin .....