

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: