

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 prescrits tout les
jours. C'est fondamental et vital pour le patient, voyager avec la quantité
exacte pour la durée de son séjour en _____ (pays de
destination).

Date: _____

Signature et cachet du médecin _____