

Docteur/Doctor _____

Adresse/Address _____

Tel

Je soussigné, Docteur _____

I, the undersigned, Doctor

Certifie que _____

(Prénom et Nom)

Certify that

(First name and Name)

Passport No _____

souffre d'une pathologie chronique
nécessitant la prise du traitement suivant
administré en injections sous-cutanées :

*is affected with a chronic disease
and is treated with the following
medication, managed by subcuta-
neous injections:*

nom commercial/DCI _____

Ce traitement nécessite qu'il/elle puisse
garder dans la cabine de l'avion le
produit et les seringues nécessaires aux
injections d'une part ; et d'autre part que
ce produit puisse être maintenu à une
température comprise entre +2° C et
+8° C pendant la durée de son voyage.

*This treatment requires that he/she be
allowed to carry the drug and the
needles used for the injections in the
cabin of the plane. The drug must be
maintained at a temperature
between +2° C and +8° C during
the period of travel.*

Certificat médical établi à :

Medical certificate made in : _____

Date : _____

Signature :