

Atestado Médico

Eu, abaixo assinado Dr. _____, Médico, certifico que a
examinação a _____
(nome completo), Data de nascimento: _____ revela a
necessidade de tomar os seguintes alimentos para fins medicinais específicos. (Directiva
Europeia 1999/21/EC):

Certifico que o doente tem necessidade de seguir esta terapêutica diariamente devido a uma
doença metabólica. É essencial viajar com as quantidades discriminadas, as quais são vitais
para cobrir toda a estadia em _____ (País de destino).

Data: _____

Assinatura do médico: _____

Vinheta: