

Docteur/*Doctor* \_\_\_\_\_Adresse/ *Address* \_\_\_\_\_Tel. Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_  
*I, the undersigned, Doctor*certifie que  Mme,  Melle,  Mr  
(Prénom et Nom) \_\_\_\_\_  
*certify that*  *Mrs*,  *Miss*,  *Mr*  
*Surname and Name*souffre d'une pathologie  
inflammatoire chronique nécessitant la  
prise du traitement suivant administré  
en injections sous-cutanées :*Is affected of a chronic inflammatory  
disease and is treated for this condition  
with the following medication managed  
in subcutaneous 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 an  
adequate temperature (between +2° C  
and +8° C) during the period  
of travel.*Certificat médical établi à : \_\_\_\_\_  
*Medical certificate drawn up to*

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_