

**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: