



Service de
Médecine Interne,
Immunologie Clinique
et Allergologie
Hôpital Central
29, Av. de Lattre de Tassigny
54035 NANCY Cedex

CERTIFICATE FOR TRAVELS OF ALLERGIC PATIENTS

The undersigned Pr or Dr
certifies that Mr or Mrs or the child
suffers from an allergy requiring that he (she) always carries with him (her)
an emergency kit including namely an epinephrine auto-injector with
a specific prescription including
and also the prescription of a specific food diet.

Signature :

CERTIFICAT POUR VOYAGEURS ALLERGIQUES

Je soussigné(e) Pr, Dr
certifie que Mr, Mme ou l'enfant
présente une affection allergique nécessitant le port permanent
d'une trousse d'urgence comportant une seringue d'adrénaline
auto-injectable, associée à
et un régime alimentaire adapté.

Signature :

CERTIFICADO PARA VIAJES DE PACIENTES ALÉRGICOS

El que subscribe Dr o Pr
certifica que el Señor o la Señora o el niño
presenta una afección alérgica necesitando potar permanentemente
una botiquin de urgencias que comprende una jeringa de adrenalina
auto-injectable, asociado a
y de un régimen alimentario adaptado.

Firma :