

Certificat médical - ANNEE 2024

Aide à la Qualité de Vie Allergies Alimentaires

Je soussigné(e)

Docteur en médecine générale

Ou autre spécialité, laquelle ?

.....

Certifie que mon patient :

.....

Né(e) le :

Bénéficie d'un suivi et de prescriptions médicales régulières pour :

- des allergies ou intolérances alimentaires (produits laitiers, céréales contenant du gluten, œufs)**

Du/...../2024

AU/...../2024

Types d'Allergènes :

**Rayer la mention inutile*

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| - les Œufs | Eviction totale ou Traces autorisées* |
| - les produits laitiers | Eviction totale ou Traces autorisées* |
| - le gluten | Eviction totale ou Traces autorisées* |

En cas d'ingestion, manifestations de l'intolérance ou de l'allergie :

.....
.....
.....

Protocole d'urgence existant :

Oui Non *(Rayer la mention inutile)*

J'atteste qu'il y a une nécessité formelle pour raison de santé, d'achat de produits alimentaires de substitution ou remplacement pour leur vie quotidienne.

Certificat remis en mains propres à l'intéressé/son représentant légal pour faire valoir ce que de droit.

Fait à Le

Cachet et signature du médecin