

Date :

Je soussigné
I the undersigned

Certifie que Mme./M.....
Hereby certify that

Né.e le.....
Born

Nécessite le transport, en permanence, de matériel d'injection (aiguilles,seringues),
Needs to carry with him/her, injecting equipment (needles, syringes) at all times,

Nécessite le transport, en permanence, des traitements suivants :
Needs to carry with him/her at all times the following treatment :

DCI :

Ses traitements ne peuvent être interrompus sous aucune condition sans avis médical.
His/her treatment should not, under any circumstances, be interrupted without a medical opinion.

RPPS :

Tampon

Signature