



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 portar permanentemente  
una botiquin de urgencias que comprende una jeringa de adrenalina  
auto-injectable, asociado a .....  
y de un régimen alimentario adaptado.

Firma :