

À, le

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de M./Mme né/e le, de nationalité, *..... nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité...(1)

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

Certificat remis en main propre à l'intéressé.»

D