

Attestation médicale

Mme/Melle/M. .... (nom, prénom) né(e) le .....

Souffre de diabète sucré et a besoin de :

- Injection(s) d'insuline : ..... (nombre et marque)
- Injection GLP1 : ..... (nombre et marque)
- Comprimé(s) : ..... (nombre et marque)
- Système de surveillance du glucose : ..... (marque)

Le médecin traitant, ..... (signature)

Lieu..... Date .....

Doctor's certificate

Mrs/Miss/Mr ..... (name and first name) born on .....

Is suffering from diabetes mellitus and needs :

- Injection (s) of the insulin(s): ..... (number and brand)
- Injection GLP1: .....(number and brand)
- Tablet(s) of ..... (number and brand)
- Glucose monitoring system : ..... (brand)

Attending physician, .....(signature)

Place..... Date.....