

*Identification prescripteur*

*Identification patient*

Date :

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur ....., certifie que Mr / Mme ..... est diabétique. Ce patient doit prendre chaque jour un traitement, contrôler sa glycémie plusieurs fois par jour et avoir en sa possession :

- Un traitement diabétique par voie orale
- Insuline
- Stylo(s) à insuline et aiguilles
- Glucagon : seringue, aiguille et flacon
- Lecteur de glycémie avec bandelettes réactives, auto-piqueur et lancettes
- Alcool modifié et coton
- Autre matériel :

Ce traitement ne doit en aucun cas être interrompu.

Certificat établi à la demande de l'intéressé, et remis en mains propres.