

A....., le.....

**CERTIFICAT MEDICAL POUR PORTEUR D'UNE VENTILATION NOCTURNE**  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR BEARER OF NOCTURNAL BREATHING TREATMENT**

Je soussigné(e), .....

I the undersigned,

certifie que

certify that

Mme/Melle/M.....

Mrs/Miss/Mr

Né(e) le .....

born

est atteint(e) de .....

is affected by.....

Il / Elle doit toujours emporter avec elle/lui le matériel suivant :

For his / her treatment he / she must carry at all times :

Traitement ventilatoire nocturne.....

Nocturnal Breathing Treatment .....

J'attire votre attention sur le fait qu'en aucun cas son traitement ne doit être interrompu sans mon accord. I draw your attention to the fact that this treatment should not, under any circumstances, be interrupted without my agreement.

Signature