

شهادة طبية خاصة بمرض

حساسية دابوق القمح

إني الممضي (ة) أسفله الدكتور(ة).....

أشهد بأن السيد(ة)/ الطفل(ة)..... المولود في.....

مصاب(ة) بمرض حساسية دابوق القمح وأنّ حالته(ها) الصحيّة تستوجب نظاما غذائيا خالي من الجلوتين على المدى الطويل.



سُلمت هذه الشهادة بطلب من المعني بالأمر للإدلاء بها عند الحاجة.

ب..... في.....

إمضاء وختم الطبيب