

## DOCUMENT 4



### CERTIFICAT POUR ACCÈS PRIORITAIRE PARCS THÉMATIQUES ET D'ATTRACTION

Je, soussigné Dr ....., certifie  
Me, undersigned, Dr ....., certify

Que l'état de santé de .....  
*That the health of*

Nécessite un accès prioritaire aux parcs thématiques et d'attractions.  
*Require a priority access to theme parks and of attraction.*

Remis en main propre à la demande du patient pour faire valoir ce que de droit.  
*Delivered personally at the request of the patient for all legal intents and purposes.*

**Fait à**  
*Made in*

**Date :**  
**Signature du médecin :**  
*Physician's signature*

**Cachet médecin ou CRCM**  
*Stamp of clinic or physician*