

Date de l'autorisation
Date of certification

AUTORISATION DE TRANSPORT

Certification to carry

12 Validité *Validity*

du *from* _____

au *to* _____

Numéro *Number*

1S
1P

STUPÉFIANTS *Narcotic drugs*

SUBSTANCES PSYCHOTROPES *Psychotropic substances*

DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL

for Medical treatment

Article 75 de la Convention d'application de l'accord de SCHENGEN
SCHENGEN agreement implementing Convention article 75

**Veillez suivre les
instructions au verso**
*Please follow overleaf
instructions*

2 AUTORITE DE DÉLIVRANCE COMPÉTENTE

Accrediting authority

Cachet de l'ARS *Stamp*

3 MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Prescribing doctor

Nom, Prénom *Name, first name*

Adresse *Address*

Téléphone *Phone*

A REMPLIR PAR LE BÉNÉFICIAIRE DE L'AUTORISATION DE TRANSPORT

This form should be filled up by the beneficiary of the certification to carry

4 Nom *Name*

Prénom *First name*

5 Date de naissance *Date of birth*

|_|_|_|_|_|_|_|

6 Sexe *Sex*

Masculin *Male*

Féminin *Female*

7 Etat de naissance

State of birth

Ville *Town*

8 Nationalité *Nationality*

9 Numéro du passeport ou d'un autre document d'identité valable
Number of passport or other valid identification document

10 Adresse en France *Address in France*

Code postal

Commune

11 Durée du voyage *Duration of travel*

du *from* |_|_|_|_|_|_|_|_| au *to* |_|_|_|_|_|_|_|_|

MÉDICAMENT PRESCRIT *Prescribed drug*

13 Nom commercial ou préparation magistrale
Trade name or special preparation

13 bis Forme pharmaceutique *Dosage form*

14 Substance active (dénomination commune internationale)
Active substance (international non proprietary name)

15 Dosage *Dosage*

16 Posologie *Posology*

17 Quantité totale *Total quantity*

18 Durée de la prescription en jours (max. 30 jours)
Duration of prescription in days (max. 30 days)

jours *days*

19 OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Remarks if necessary

AGENT HABILITÉ À DÉLIVRER L'AUTORISATION

Accrediting authority agent

Cachet et signature *Stamp and signature*