

D1) Demande d'intervention pour des produits d'alimentation particulière, utilisés en cas d'allergie au gluten / à la gliadine ou en cas d'allergie à la farine de céréales sans allergie au gluten.

Identification du bénéficiaire

Nom, prénom :

Adresse :

Date de naissance :

NISS :

Je soussigné, médecin spécialiste, confirme que le/la bénéficiaire susnommé/e souffre d'une allergie au gluten / à la gliadine ou d'une allergie à la farine de céréales sans allergie au gluten, qui répond aux conditions médicales mentionnées à l'article 6 de l'AR 8-11-1998.

Mon dossier contient des éléments à l'appui.

J'accompagne l'intéressé/e afin qu'il/elle suive un régime adapté.

Identification du médecin spécialiste

(Complétez ou apposez votre cachet.)

Nom, prénom :

Numéro INAMI :

Date :

Signature :