

**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 : .....