



santé
famille
retraite
services

ALIMENTS SANS GLUTEN

Prise en charge

Identification

► ASSURÉ - N° de sécurité Sociale : / ..

Nom et prénom :

Adresse :

.....

► MALADE - Nom et prénom :

Date de naissance :/..../....

MOIS : ANNÉE :

Collez ci-dessous les étiquettes des aliments et produits

Je soussigné(e) atteste avoir payé, pour les aliments sans gluten de ce mois, le montant de euros

Signature de l'assuré :