



NOTICE EXPLICATIVE

CONDITIONS

Sa validité expire à la date d'échéance à laquelle l'assuré perd le bénéfice de l'article L.324-1.

Les montants mensuels maximum remboursables sont de :

- **33,54 € pour les enfants jusqu'à leur 10^{ème} anniversaire,**

- **45,73 € au delà de cet âge.**

Aucune restriction aux circuits de distribution n'est imposée (officines ou hors officines).

UTILISATION DES IMPRIMÉS

Vous trouverez ci-joint :

- . 12 imprimés de "demande de remboursement" (bon de prise en charge)
- . 1 notice explicative
- . 1 imprimé de "demande de renouvellement" des bons de prise en charge.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Elle permet de justifier le montant des produits achetés.

Elle figure sur chaque "Demande de remboursement".

DEMANDES DE REMBOURSEMENT (bon de prise en charge)

Elles correspondent à une consommation mensuelle. Il y a lieu, avant de les adresser à la Caisse, de bien compléter la partie **identification**, de préciser le mois et l'année qui s'y rapportent et de **coller les étiquettes détachables figurant sur le conditionnement des aliments sans gluten.**

**Pour chacune des étiquettes, il est important
de bien préciser la dénomination du produit.**

RENOUVELLEMENT des DEMANDES DE REMBOURSEMENT (bon de prise en charge)

Une demande doit être faite auprès de La Caisse. L'imprimé est à joindre à la demande de remboursement du 11ème mois. (Une nouvelle prescription médicale n'est pas obligatoire dans le cadre d'un renouvellement pendant la période accordée par le Service Médical).



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			
.....
.....
.....



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			
.....
.....
.....



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			
.....
.....
.....



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES ÉTIQUETTES DES ALIMENTS ET PRODUITS :

DU MOIS ANNÉE Montant Total euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES	NOM DU PRODUIT	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE
<i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	<i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>			



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DES ALIMENTS SANS GLUTEN**

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ				À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
ÉTIQUETTES <i>Coller les étiquettes ci-dessous</i>	NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS
(articles L.377-1 Du code de la sécurité sociale et L441-1 du code pénal).



DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DES BONS DE PRISE EN CHARGE

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

A compléter et à renvoyer à La Caisse avec le volet du 11^e mois

Bénéficiaire d'un accord de prise en charge jusqu'au

J'ai l'honneur de solliciter le renouvellement des bons de prise en charge des ALIMENTS SANS GLUTEN, conformément au bénéfice de l'attribution de l'article L.324-1.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature de l'assuré(e) :