|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :** **Demande du** **Réf :** **T** **V/réf.**  |
| Givisiez,  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Nom prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Annexe au rapport médical - Opération plastique au niveau du visage**

Des prestations pour une opération plastique ont été demandées.

Questions complémentaires :

1. Nature de la déformation / de l'infirmité ?

2. Quelles sont ses influences sur la capacité de gain ?

3. A votre connaissance, la personne assurée souffre-t-elle d'autres maladies ? Si oui, lesquelles ?

Date Cachet et signature du médecin