|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invalidité Impasse 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**

**Rapport médical intermédiaire pour les personnes âgées de moins de 20 ans, valable dès le**

o Veuillez également répondre aux questions de la feuille annexée.

1. Évolution, modifications du status, nouveaux diagnostics éventuels (en cas d'infirmités congénitales, prière d'indiquer le chiffre OIC) :
2. Plan de traitement (début / fin) / Pronostic :
3. L'état de santé de la personne assurée l'empêche-t-elle de se rendre   
   à l'école ou de suivre une formation professionnelle  oui  non  
   Si oui depuis quand ?
4. Par rapport à une personne non handicapée et du même âge, les frais supplé-  
   mentaires d'assistance et de surveillance personnelle découlant du handicap  
   se sont-ils modifiés ?  oui  non
5. Avez-vous prescrit des traitements à domicile ?  oui  non  
   Si oui, lesquels, fréquence et durée, par qui ?
6. Date du dernier examen médical :
7. **Annexes**

Le service médical de l'office AI vous prie de lui envoyer les rapports d'hospitalisation et des spécialistes ou alors de lui fournir la désignation exacte de ces documents pour qu'il puisse se les procurer lui-même. D'avance il vous en remercie. Les rapports originaux vous seront retournés après consultation.

Date Cachet et signature du médecin