|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**Annexe au rapport médical**

Chez l'enfant susmentionné, le droit aux prestations en relation avec une paralysie cérébrale congénitale (chiffre 390 OIC) est à l'étude.

Nous vous prions donc de bien vouloir nous communiquer :

1. Comment se manifeste cliniquement :

1.1 la spasticité ?

1.2 l'athétose ?

1.3 l'ataxie ?

2. Comment cette symptomatologie influence-t-elle

2.1 les activités quotidiennes ?

2.2 la fréquentation scolaire (ultérieure) ?

2.3 l'insertion (ultérieure) dans la vie professionnelle ?

3. Remarques :

Date Cachet et signature du médecin