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

Chez l'enfant susmentionné, le droit aux prestations pour une dysplasie de la hanche (chiffre 183 OIC) est à l'étude.

Nous vous prions donc de bien vouloir nous communiquer :

1. Dates et résultats des examens ultrasonographiques **y compris la classification selon Graf et les valeurs des angles** :
2. Dates et résultats des examens radiologiques et d'autres investigations :
3. Remarques :

Date Cachet et signature du médecin