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

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

[ ]  Veuillez également répondre aux questions de la feuille annexée.

1. Date du dernier examen ophtalmique :
2. Diagnostic ophtalmologique actuel :
3. Le traitement ophtalmique est-il terminé ?? [ ]  oui [ ]  non
4. Si non, quelle sera la nature et la durée du traitement ?

1. Prière de donner les valeurs de l'acuité visuelle après correction et ce pour les deux dernières années :

Date Cachet et signature du médecin