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

**Feuille annexe à la demande de prestations** **mineurs pour les personnes impotentes**

A remplir par le médecin

Indications du médecin :

1. Examen du       en traitement du       au
2. Diagnostics (prière de souligner les principaux) :
3. Les indications sur l'impotence selon demande en annexe

correspondent-elles à vos constatations ?  oui  non

Si non, en donner les motifs :

1. L'état de santé peut-il être amélioré par des mesures médicales ?  oui  non

Si oui, lesquelles ?

1. L'impotence peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires

appropriés ?  oui  non

Si oui, lesquels ?

1. Pronostic  stationnaire  susceptible d'amélioration  va s'aggravant
2. Remarques :

Date       Cachet et signature du médecin