|  |  |
| --- | --- |
| **Assurance-invalidité fédérale AI** Annexe au rapport médical |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | No d‘assuré |

|  |
| --- |
|  |
|  |

Prière de prendre garde aux observations

figurant au verso de la facture ci-jointe Date d’expédition 29.11.00 /

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré (e)**: Nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile  (le cas échéant, représentant légal)            né(e) le | Nom et adresse du médecin |
|  | Office cantonal AI  du Valais  Avenue de la Gare 15  Case postale  1951 Sion |

**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 Timbre et signature du médecin