|  |  |
| --- | --- |
| **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 03.11.00 /

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

**Opération plastique au niveau du visage**

Des prestations pour une opération plastique ont été demandées.

Questions complémentaires :

1. Nature de la déformation / de l'infirmité ?

2. Quelles sont ses influences sur la capacité de travail ?

3. A votre connaissance, l'assuré(e) souffre-t-il (elle) d'autres maladies ? Si oui, lesquelles ?

Date       Timbre et signature du médecin