

**CERTIFICAT MEDICAL : INAPTITUDE AU TRAVAIL - INVALIDITE**  
*(formulaire à remettre au médecin traitant qui le remplira aux frais du demandeur)***A remplir obligatoirement par l'assuré(e) :**

Nom de Famille ( nom de naissance) : .....

Prénoms : .....

Nom d'usage ( s'il y a lieu) : .....

Date de naissance : | . | . | . | Profession : .....

Adresse : .....

Je sollicite : (cochez la case correspondant à votre demande)

 L'assurance vieillesse de base pour inaptitude au travail La retraite complémentaire pour inaptitude au travail Une pension d'invalidité

Je suis titulaire d'une pension d'invalidité :

 oui Non

Taux de la pension : | \_ | \_ | \_ | %

Coordonnées de l'organisme la servant : .....

**LE MEDECIN** ..... demeurant à .....

déclare avoir examiné le | . | . | . | M. ....

demeurant à .....

**1. ETAT GENERAL :**

Taille : ..... Poids : ..... Signes de sénilité : .....

**2. Appareil cardio-vasculaire :**

Cœur : ..... Etat des artères : .....

T.A. : ..... Œdèmes : .....

**3. Appareil respiratoire :** .....**4. Appareil urinaire :**

Sucre : ..... Albumine : .....

Trouble de miction : .....

**5. vue :** .....

Acuité visuelle : V.O.D. : ..... V.O.G. : .....

**6. Ouïe :** .....**TSVP**

**7. Rhumatismes :**

Chroniques : ..... Localisations : .....

Déformations : ..... Conséquences : .....

**8. Autres appareils :** .....

**9. Conclusions (diagnostic, souligner la principale cause d'inaptitude ou d'invalidité) :**

.....  
.....  
.....  
.....

Indiquez si possible, le taux d'inaptitude au travail : .....

En cas de demande d'invalidité, indiquez la date de survenance :  | . | . | . |

En cas de demande d'invalidité indiquez :

✓ le taux d'invalidité fonctionnelle :

✓ le taux d'invalidité professionnelle :

**Précisions :**

Le médecin traitant donnera ci-dessous toutes les précisions sur les affections interdisant au requérant d'effectuer les actes normaux de l'existence ou de se livrer à un travail rémunérateur ou indiquera la période d'incapacité de travail :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A .....  Le <u>   .   .   .  </u>	Signature et cachet du médecin traitant
---	---