

CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL

FORMULAIRE À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN
TRAITANT DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE
RETRAITE POUR INAPTITUDE

POUR VOUS IDENTIFIER

Numéro de référence CAVEC : 00 _____

Numéro Supra : _____

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ N° de Sécurité sociale _____ clé ____

POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER

ADRESSE PERSONNELLE

N° et nom de la voie _____

Code postal _____ Commune _____ Pays _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____ E-mail : _____

ADRESSE PROFESSIONNELLE

N° et nom de la voie _____

Code postal _____ Commune _____ Pays _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____ E-mail : _____

SITUATION FAMILIALE (Cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Date de mariage ou PACS ____ / ____ / ____ Nombre d'enfants nés ____ Nombre d'enfants élevés ____

Date de naissance de l'aîné ____ / ____ / ____ Date de naissance du benjamin ____ / ____ / ____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT (Cochez la case correspondant à votre situation)

Civilité : Madame Monsieur

Date de naissance ____ / ____ / ____ N° de Sécurité sociale _____ clé ____

Nom _____ Prénom _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____ E-mail : _____

Lieu de naissance _____ Pays de naissance _____

Nationalité _____



Je soussigné(e), _____, sollicite :

- La retraite de base pour inaptitude au travail
- La retraite complémentaire pour inaptitude au travail

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN

Le médecin _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. fixe _____ Tél. portable _____ E-mail : _____

Déclare avoir examiné le ____ / ____ / ____ Nom _____ Prénom _____

demeurant à _____

CERTIFICAT

Etat général : Taille : ____ , ____ Poids : ____ Signes de sénilité : _____

Appareil cardio-vasculaire

Coeur : _____ État des artères : _____ T.A. : _____ Oedèmes : _____

Appareil respiratoire : _____

Appareil urinaire : Sucre : _____ Albumine : _____ Trouble de miction : _____

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

Ouïe : _____

Rhumatismes : Chroniques : _____ Localisations : _____

Déformations : _____ Conséquences : _____

Autres appareils : _____

Conclusions (diagnostic, souligner la principale cause d'inaptitude) :

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 ____ / ____ / _____
Signature et cachet du médecin traitant

IMPORTANT : La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal). Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) permet un renforcement et une optimisation de la protection des données enregistrées à partir de vos réponses. Il vous garantit, entre autres, un droit d'accès et de rectification aux informations personnelles vous concernant.