

Certificat médical d'inaptitude au travail

Dans le cadre d'une demande de retraite pour inaptitude

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