

Cet imprimé est destiné à être joint à toute demande de liquidation ou de révision d'un avantage vieillesse au titre de l'inaptitude au travail. Après avoir complété personnellement le cadre 1, le demandeur devra faire remplir le cadre 2 (constituant le certificat médical proprement dit) par son médecin traitant. Ce document mis sous pli cacheté portant la mention «CONFIDENTIEL, SECRET MÉDICAL» sera adressé à la Caisse indiquée sur l'enveloppe spéciale ci-jointe.

CADRE 1

A REMPLIR PAR LA PERSONNE A EXAMINER

NOM Prénom

NOM de Jeune Fille Date de naissance

N° de S.S.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Situation de Famille (1) : Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e)

Si l'examen concerne un avantage de réversion ou la majoration pour conjoint compléter ce cadre.

NOM de l'Assuré :

.....

Prénoms

.....

N° S.S.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NATURE DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES QUE VOUS AVEZ EXERCÉES AU COURS DE VOTRE EXISTENCE

NATURE DE L'ACTIVITÉ	DURÉE D'EXERCICE	AGE DU REQUÉRANT AU DÉBUT DE L'ACTIVITÉ
..... ans
..... ans
..... ans

Conditions particulières d'exercice de ces activités :

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

Profession actuelle : Salarié - Non-Salarié - Temps complet - Temps partiel (1)

Date d'arrêt de travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Etes-vous inscrit(e) comme demandeur d'emploi ?

Percevez-vous des demi-salaires de la Sécurité Sociale ?

Adresse de la Caisse ou du Centre qui vous sert les demi-salaires ou soins

Etes-vous titulaire de rentes «Accidents du Travail» ? Quels sont leurs taux ?

Etes-vous titulaire d'une pension au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ?

Quel est son taux ?

Etes-vous titulaire de l'allocation aux adultes handicapés ?

Quel est le taux d'incapacité reconnu par la COTOREP ?

SITUATION DE LA PERSONNE A EXAMINER PENDANT LA PÉRIODE DE GUERRE

Avez-vous été mobilisé ? Si OUI combien de temps

Avez-vous été prisonnier ? Si OUI combien de temps

Dans quel pays et dans quels camps ?

Important : la loi rend passible d'amende ou (et) d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (Articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal et article L725-13 du code rural).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

A, le

SIGNATURE,

A L'ATTENTION DU MÉDECIN DE L'ASSURÉ

Il est instamment demandé au médecin-traitant de bien vouloir préciser notamment les DATES et le STADE d'évolution des affections, maladies chroniques, traumatismes et infirmités mentionnés sur son certificat. Il convient également que soit signalée toute date d'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Le docteur demeurant

déclare avoir examiné

M

demeurant

et avoir fait les constatations suivantes

N° d'inscription au Conseil
de l'ordre des médecins

	MÉDECIN TRAITANT	MÉDECIN CONSEIL
Maladies antérieures		
Infirmités		
Affections motivant la requête		
1. - ETAT GÉNÉRAL		
Taille		
Poids		
Sénilité		
2. - TEGUMENTS		
3. - APPAREIL RESPIRATOIRE		
4. - APPAREIL CARDIOVASCULAIRE		
Cœur		
T.A.		
Artères		
Veines		
Œdèmes		
5. - APPAREIL DIGESTIF		

	MÉDECIN TRAITANT	MÉDECIN CONSEIL
<p>6. - PAROI ABDOMINALE</p> <p>Hernies</p> <p>7. - APPAREIL URO-GENITAL</p> <p>Eléments anormaux (sucre - albumine)</p> <p>Nombre de grossesses</p> <p>Prolapsus</p> <p>Indiquer le degré et les complications</p> <p>8. - ETAT NEURO-PSYCHIQUE</p> <p>9. - ORGANES DES SENS</p> <p>VUE O.D. après correction O.G.</p> <p>OUIE</p> <p>10. - OS et ARTICULATIONS</p> <p>Localisations</p> <p>Déformations</p> <p>Conséquences</p> <p>11. - AUTRES APPAREILS</p>		

Article L 351-7 du Code de la SS (pour les salariés) et article L.732-23 du Code rural (pour les non-salariés) - Peut être reconnu inapte l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.

AVIS DU MÉDECIN TRAITANT SUR L'INAPTITUDE

CONCLUSIONS

Diagnostic

Principale cause d'inaptitude

QUEL EST VOTRE AVIS SUR LA RÉDUCTION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL DE L'INTÉRESSÉ ?

S'AGIT IL D'UN ÉTAT DÉFINITIF ?

L'ÉTAT DE SANTÉ DU REQUÉRANT NÉCESSITE-T-IL l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie :

OUI NON (1) Depuis quelle date ?.....

Fait à, le

SIGNATURE,

(1) Pour les salariés

CONCLUSIONS DU MÉDECIN-CONSEIL

Examens complémentaires éventuellement demandés

Diagnostic des «A.T.»

Diagnostic de l'article 115

Affections imputables à la captivité

CONCLUSIONS MÉDICALES :

Diagnostic de l'affection principale | | | | |

Diagnostic de la principale affection associée | | | | |

Cause des délais : avis spécialisé Enquête Convocations multiples Autres motifs

ÉTANT DONNÉ : L'AVIS DU MÉDECIN TRAITANT - L'AVIS DU MÉDECIN DU TRAVAIL et L'EXAMEN DU MALADE

LE REQUÉRANT ME PARAÎT INAPTE à compter du
NON INAPTE

L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ NÉCESSITE-T-IL L'ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE POUR EFFECTUER LES ACTES ORDINAIRES DE LA VIE ? OUI NON

A, le

Nom et qualité du Médecin soussigné

Numéro de ce Médecin-Conseil

Signature et cachet