

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 : Prénoms :

Date de naissance : | . | . | . | M. 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 :

7. Rhumatismes :

Chroniques : Localisations :

Déformations : Conséquences :

TSVP

