



CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL
(formule à remettre au médecin traitant qui la remplira aux frais du demandeur)

A remplir obligatoirement par l'assuré(e) :

NOM : Prénoms :

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

Adresse :

.....

Sollicite : (cochez la case correspondant à votre demande)

- L'assurance vieillesse de base
- La retraite complémentaire
- Une pension d'invalidité

LE MEDECIN demeurant à
déclare avoir examiné le | . | . | . | M.
demeurant à

1. ETAT GENERAL :

Taille : Poids : Signes de sénilité :

2. APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

Coeur : Etat des artères :
T.A. : Oedèmes :

3. APPAREIL RESPIRATOIRE :

4. APPAREIL URINAIRE :

Sucre : Albumine :
Trouble de miction :

5. VUE :

Acuité visuelle : V.O.D. : V.O.G. :

6. OUIE :

7. RHUMATISMES :

Chroniques : Localisations :
Déformations : Conséquences :

8. AUTRES APPAREILS :

