



RAPPORT MÉDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL

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 : _____

(Pour les femmes mariées, indiquer le nom de jeune fille suivi de épouse X...)

N° d'immatriculation de Sécurité sociale

Prénoms : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Bât. : _____ Etage : _____ Tél. : _____

Avez-vous des enfants ? _____ Combien ? _____

 Situation de famille (1) : célibataire, marié(e), divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)
depuis le : _____

**SI L'EXAMEN CONCERNE LA MAJORATION
POUR CONJOINT, COMPLÉTER CE CADRE**

Nom de l'assuré : _____

Prénoms : _____

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXERCÉES SUCCESSIVEMENT AU COURS DE VOTRE EXISTENCE

 Durée
d'exercice

 Age du salarié
au début
de l'activité

_____ ans _____ ans

_____ ans _____ ans

_____ ans _____ ans

_____ ans _____ ans

_____ ans _____ ans

Précisez, s'il y a lieu, les conditions particulières d'exercice de votre dernière activité : _____

SI VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT

Quelle est votre activité professionnelle ? _____

 L'exercez-vous (2) : A temps complet A temps partiel

Date prévue de l'arrêt de travail ? _____

SI VOUS NE TRAVAILLEZ PLUS ACTUELLEMENT

Date d'arrêt de travail ? _____ Pour quelle raison ? _____

Etes-vous inscrit comme demandeur d'emploi ? _____

Si OUI, percevez-vous l'allocation d'aide publique aux travailleurs privés d'emploi ? _____

percevez-vous l'allocation d'assurance chômage des caisses ASSEDIC ? _____

Percevez-vous des indemnités journalières de la Sécurité sociale ? _____

Adresse de votre Centre de Sécurité sociale : _____

Etes-vous titulaire de rentes Accidents du Travail ? _____ Quels taux ? _____

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

Si OUI, quel taux ? _____

Etes-vous retraité d'un autre régime ? _____ Si OUI, lequel ? _____

Depuis quand ? _____

Pendant la guerre avez-vous été mobilisé, prisonnier ou déporté ? _____ Combien de temps ? _____

Dans quel pays ? _____ Dans quel camp ? _____

IMPORTANT : En cas de fausse déclaration, l'assuré est passible des peines édictées par l'article L. 409 ou L. 632 du Code de la Sécurité sociale, sans préjudice des sanctions prévues par le Code pénal.

A _____, le _____ SIGNATURE : _____

(1) Rayer les mentions inutiles.

(2) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte.

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 mentionnées sur son certificat. Il convient également que soit signalée toute date d'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Le Dr _____ demeurant : _____

déclare avoir examiné

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

M _____ demeurant : _____

et avoir fait les constatations suivantes :

	MÉDECIN TRAITANT	MÉDECIN-CONSEIL
Maladies antérieures Infirmités Affections motivant la requête 1 - ÉTAT GÉNÉRAL Taille Poids Sénilité (âge apparent) 2 - TÉGUMENTS 3 - APPAREIL RESPIRATOIRE Troubles fonctionnels Examen clinique Radios 4 - APPAREIL CARDIO- VASCULAIRE Troubles fonctionnels Examen clinique T.A. E.C.G. Artères Veines Œdèmes 5 - APPAREIL DIGESTIF Troubles fonctionnels Examen clinique Radios		

	MÉDECIN TRAITANT	MÉDECIN-CONSEIL
6 - PAROI ABDOMINALE Hernies Eventration		
7 - APPAREIL URO-GÉNITAL Grossesses Prolapsus		
8 - ÉTAT NEUROLOGIQUE		
9 - ÉTAT PSYCHIQUE		
10 - ORGANES DES SENS VUE { O.D. O.G. Après correction { O.D. O.G. OUÏE		
11 - OS et ARTICULATIONS Troubles fonctionnels Examen clinique Radios		
12 - AUTRES APPAREILS		

LOI DU 31-12-1971 - ARTICLE L. 333 du Code de la Sécurité sociale.

Peut être reconnu inapte au travail 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.

