



## 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

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.*

