

CERTIFICAT MEDICAL

Le requérant qui demande la pension d'invalidité doit remettre cette formule au Médecin-traitant qui la remplira aux FRAIS du demandeur.

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE REQUERANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

**L'INTERESSE LA JOINDRA A SA DEMANDE APRES
L'AVOIR PLACEE SOUS ENVELOPPE CACHETEE.**

Le Docteur _____ demeurant
à _____

déclare avoir examiné le _____

M _____ demeurant

à _____

interdisant 1 - ETAT GENERAL :
d'effectuer les actes normaux

Taille _____

Poids _____

Signes de sénilité : _____

*Le médecin traitant donnera ici toutes
précisions sur les affections
au requérant*

*de l'existence ou de se livrer à un
travail rémunérateur.*

2 - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

Coeur : _____

Etat des artères : _____

Oedèmes : _____

T.A. : _____

3 - APPAREIL RESPIRATOIRE : _____

4 - APPAREIL URINAIRE : _____

Sucre : _____

Albumine : _____

Troubles de miction : _____

5 - VUE :

Acuité Visuelle (V.O.D.) : _____

(V.O.G.) : _____

6 - OUIE : _____

7 - RHUMATISMES :

Chroniques : _____

Localisations : _____

Déformations : _____

Conséquences : _____

8 - AUTRES APPAREILS : _____

CONCLUSIONS (Diagnostic) :

A _____ Le _____
(Signature et cachet du médecin)

indiquer si possible :

1°) le taux d'inaptitude : _____

2°) la date de survenance de l'invalidité : _____