



EXPERTS-COMPTABLES  
COMMISSAIRES AUX COMPTES

Votre caisse  
de retraite

### CERTIFICAT MEDICAL

Le requérant qui demande la liquidation de ses droits au titre de l'inaptitude au travail 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 \_\_\_\_\_

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

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

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

Taille \_\_\_\_\_  
Poids \_\_\_\_\_  
Signes de sénilité : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_