

CERTIFICAT MEDICAL

Le requérant qui sollicite **l'allocation vieillesse au titre de l'incapacité au travail ou une pension d'invalidité** doit remettre cette formule au Médecin-traitant qui la remplira aux frais du demandeur.

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 _____

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 _____
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)

Indiquer si possible :

1) le taux d'inaptitude _____

2) la date de survenance de l'invalidité _____

Le médecin traitant donnera ici toutes précisions sur les affections interdisant au requérant d'effectuer les actes normaux de l'existence ou de se livrer à un travail rémunérateur.

A....., le.....

Signature et cachet du médecin traitant

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE REQUERANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____