

CERTIFICAT MEDICAL

Le requérant qui sollicite ses avantages vieillesse au titre de l'incapacité au travail doit remettre cette formule au Médecin-traitant qui la remplira aux frais du demandeur.

L'intéressé la joindra à sa demande après l'avoir placée sous enveloppe cachetée.

A remplir obligatoirement par le requérant :

NOM : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____

Le Docteur _____
Demeurant à _____
Déclare avoir examiné le/...../..... M. _____
Demeurant à _____

1 - ETAT GENERAL :

Taille, poids _____
Signes de sénilité _____

2 - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE : _____

Cœur _____
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 le taux d'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