

## CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL

FORMULAIRE À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN  
TRAITANT DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE  
RETRAITE POUR INAPTITUDE

### POUR VOUS IDENTIFIER

Numéro de référence CAVEC : 00 \_\_\_\_\_

Numéro Supra : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_

### POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER

#### ADRESSE PERSONNELLE

N° et nom de la voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

#### ADRESSE PROFESSIONNELLE

N° et nom de la voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

#### SITUATION FAMILIALE (Cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)

Date de mariage ou PACS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre d'enfants nés \_\_\_\_ Nombre d'enfants élevés \_\_\_\_

Date de naissance de l'aîné \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de naissance du benjamin \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT (Cochez la case correspondant à votre situation)

Civilité :  Madame  Monsieur

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Pays de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_



Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, sollicite :

- La retraite de base pour inaptitude au travail
- La retraite complémentaire pour inaptitude au travail

### À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN

Le médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Déclare avoir examiné le** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

demeurant à \_\_\_\_\_

### CERTIFICAT

**Etat général** : Taille : \_\_\_\_ , \_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_ Signes de sénilité : \_\_\_\_\_

#### Appareil cardio-vasculaire

Coeur : \_\_\_\_\_ État des artères : \_\_\_\_\_ T.A. : \_\_\_\_\_ Oedèmes : \_\_\_\_\_

**Appareil respiratoire** : \_\_\_\_\_

**Appareil urinaire** : Sucre : \_\_\_\_\_ Albumine : \_\_\_\_\_ Trouble de miction : \_\_\_\_\_

**Vue** : \_\_\_\_\_ Acuité visuelle : V.O.D. : \_\_\_\_\_ V.O.G. : \_\_\_\_\_

**Ouïe** : \_\_\_\_\_

**Rhumatismes** : Chroniques : \_\_\_\_\_ Localisations : \_\_\_\_\_

Déformations : \_\_\_\_\_ Conséquences : \_\_\_\_\_

**Autres appareils** : \_\_\_\_\_

#### Conclusions (diagnostic, souligner la principale cause d'inaptitude) :

\_\_\_\_\_

**Précisions** : Le médecin traitant donnera ci-dessous toutes les précisions sur les affections interdisant au requérant d'effectuer les actes normaux de l'existence, ou de se livrer à un travail rémunérateur, ou indiquera la période d'incapacité de travail :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Signature et cachet du médecin traitant

IMPORTANT : La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal). Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) permet un renforcement et une optimisation de la protection des données enregistrées à partir de vos réponses. Il vous garantit, entre autres, un droit d'accès et de rectification aux informations personnelles vous concernant.