

RAPPORT MÉDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL

Article R.815-31 du code de la sécurité sociale

Cet imprimé est destiné à être joint à toute demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées formulée au titre de l'inaptitude au travail.

Après avoir complété personnellement le cadre 1, le demandeur devra faire remplir le cadre 2 (constituant le certificat proprement dit) par son médecin traitant.

Ce document mis sous pli cacheté devra être joint à la demande.

CADRE 1
À REMPLIR PAR LA PERSONNE À EXAMINER

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

..... Bâtiment : Étage :

Situation de famille⁽¹⁾ : célibataire – marié(e) – concubin(e) – partenaire (PACS) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e)
Nature des activités professionnelles exercées

Durée d'exercice Age au début de chaque activité

..... ans

..... ans

..... ans

..... ans

Conditions particulières d'exercice de ces activités :

Profession actuelle :

 Salarié(e) – non salarié(e) – temps complet – temps partiel ⁽¹⁾

Date d'arrêt de travail :

Êtes-vous inscrit(e) comme demandeur d'emploi ?

Percevez-vous des demi-salaires de la Sécurité Sociale ?

Adresse de votre centre de Sécurité Sociale :

 Êtes-vous titulaire de rentes "Accidents du travail" ? OUI NON

Si oui, quels en sont les taux ?

 Êtes-vous titulaire d'une pension au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ? OUI NON

Si oui, quel est son taux ?

 Avez-vous été mobilisé ? OUI NON Si oui, combien de temps ?

 Avez-vous été prisonnier ? OUI NON Si oui, combien de temps ?

Dans quel pays et dans quel camp ?

Important – Conformément à l'article R. 815-38 du code de la sécurité sociale, nous vous informons que tout changement de situation doit être déclaré dans les meilleurs délais. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages Indus (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

Je certifie exacts tous les renseignements figurant ci-dessus.

À , le

Signature
(obligatoire)

GROUPE



À L'ATTENTION DU MÉDECIN DE L'ASSURÉ

Il est instamment demandé au Médecin traitant de bien vouloir préciser notamment les **DATES** et le **STADE d'ÉVOLUTION** des affections, maladies chroniques, traumatismes et infirmités mentionnées sur son certificat. Il convient également que soit signalée toute date d'**INTERVENTION CHIRURGICALE**.

Le Docteur N° d'inscription au Conseil de l'ordre des médecins

demeurant

déclare avoir examiné M
demeurant

et avoir fait les constatations suivantes :

	MÉDECIN TRAITANT	MÉDECIN CONSEIL
Maladies antérieures
Infirmités
Affections motivant la requête
1 – ÉTAT GÉNÉRAL		
Taille
Poids
Sénilité (âge apparent)
2 – TÉGUMENTS
3 – APPAREIL RESPIRATOIRE		
Troubles fonctionnels
Examen clinique
Radios
4 – APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE		
Troubles fonctionnels
Examen clinique
Cœur
T. A.
Artères
Veines
Œdèmes
5 – APPAREIL DIGESTIF		
Troubles fonctionnels
Examen clinique
Radios

	MÉDECIN TRAITANT	MÉDECIN CONSEIL
6 - PAROI ABDOMINALE		
Hernies	.....	.....
Éventrations	.....	.....
7 - APPAREIL URO-GÉNITAL		
Éléments anormaux (Sucre - Albumine)	.....	.....
Nombre de grossesses	.....	.....
Prolapsus (Indiquer le degré et les complications)	.....	.....
8 - ÉTAT NEUROPSYCHIQUE		
Troubles parole	.....	.....
Troubles équilibre	.....	.....
Troubles marche	.....	.....
Réflexes	.....	.....
Fonction intellectuelle	.....	.....
Mémoire	.....	.....
Psychisme	.....	.....
9 - ORGANE DES SENS		
Vue (après correction)	O. D. ....	.....
	O. G. ....	.....
Ouïe	.....	.....
10 - OS ET ARTICULATIONS		
Localisations	.....	.....
Déformations	.....	.....
Examen clinique	.....	.....
Radios	.....	.....
Impotence fonctionnelle	.....	.....
11 - AUTRES APPAREILS		
Examen de laboratoire	.....	.....

AVIS DU MÉDECIN TRAITANT SUR L'INAPTITUDE

CONCLUSIONS

Principale cause d'inaptitude :

Quel est votre avis sur la réduction de la capacité de travail ?

S'agit-il d'un état définitif ?

L'état de santé du requérant nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ?

OUI NON si oui, depuis quelle date ?

Article L.351-7 du code de la sécurité sociale
Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'État.

Fait à, le

Signature et cachet

CONCLUSIONS DU MÉDECIN - CONSEIL

Examens complémentaires éventuellement demandés :

Diagnostic des "A. T." :

Diagnostic de l'article 115 :

Affections imputables à la captivité :

CONCLUSIONS :

Diagnostic de l'affectation principale :

--	--	--	--	--

Diagnostic de la principale affection associée :

--	--	--	--	--

Vu l'avis du Médecin traitant, l'avis du Médecin du travail et l'examen du malade :

Incapacité de travail : + 50 % - 50 %

Le requérant me paraît : - INAPTE

- NON INAPTE

À compter du :

Fait à, le

Signature et cachet

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données à caractère personnel recueillies sont destinées à la gestion de prestations dues et ne peuvent être communiquées à des tiers non autorisés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données à caractère personnel auprès du Directeur des Retraites et de la Solidarité, Caisse des dépôts et consignations, 2, avenue Pierre Mendès France, 75013 Paris.

GRUPE



Une gestion Caisse des Dépôts