

Direction de la solidarité  
et des risques professionnels  
Service de l'allocation de solidarité  
aux personnes âgées (SASPA)  
Tél. : 05 56 11 33 99 - Fax : 05 56 11 33 01  
saspa@caissedesdepots.fr

Cet imprimé est destiné à être joint à toute demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées formulées au titre de l'incapacité 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 : ..... Bât : ..... Etage : .....

**Situation de famille <sup>(1)</sup> :** Célibataire - Marié(e) - Concubin(e) - Partenaire\* - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e)

**Nature des activités professionnelles que vous avez exercées au cours de votre existence**

NATURE DE L'ACTIVITÉ	Durée d'exercice	Age que vous aviez au début de chaque activité
.....	ans	.....

Conditions particulières d'exercice de ces activités :  
.....  
.....  
.....

Profession actuelle : .....  
Salarié(e) - non salarié(e) - temps complet - temps partiel <sup>(1)</sup>

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 sont les taux ? .....

Êtes-vous titulaire d'une pension au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ? **OUI**  **NON**   
Si oui, quel est son taux ? .....

**Situation de la personne à examiner pendant la période de guerre :**

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** - La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L.433-19 et L.441-7 du Code pénal).

Je certifie exacts tous les renseignements figurant ci-dessus.  
À ....., le .....  
**Signature,**  
(obligatoire)

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	.....	.....
<b>1 - ÉTAT GÉNÉRAL</b>		
Taille	.....	.....
Poids	.....	.....
Sénilité (âge apparent)	.....	.....
<b>2 - TÉGUMENTS</b>	.....	.....
<b>3 - APPAREIL RESPIRATOIRE</b>		
Troubles fonctionnels	.....	.....
Examen clinique	.....	.....
Radios	.....	.....
<b>4 - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE</b>		
Troubles fonctionnels	.....	.....
Examen clinique	.....	.....
Cœur	.....	.....
T. A.	.....	.....
Artères	.....	.....
Veines	.....	.....
Œdèmes	.....	.....
<b>5 - APPAREIL DIGESTIF</b>		
Troubles fonctionnels	.....	.....
Examen clinique	.....	.....
Radios	.....	.....

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

**LOI DU 31.12.1971 - ARTICLE L.351-7 du Code de la sécurité sociale**

T.S.V.P.

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 arrêté en Conseil d'État.

## 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 ? .....

Fait à ....., le .....

**SIGNATURE**

(et cachet du médecin)

### CONCLUSIONS DU MÉDECIN - CONSEIL

#### Examens complémentaires éventuellement demandés

Diagnostic des "A. T." : .....

Diagnostic de l'article 115 : .....

Affections imputables à la captivité : .....

**CONCLUSIONS MÉDICALES :** .....

Diagnostic de l'affectation principale ..... 

--	--	--	--

Diagnostic de la principale affection associée ..... 

--	--	--	--

**Étant donné : l'avis du Médecin traitant, l'avis du Médecin du travail et de l'examen du malade**

Incapacité de travail : + 50 %  - 50 %

Le requérant me paraît : - INAPTE

- NON INAPTE

À compter du :

À ....., le .....

Nom et qualité du Médecin soussigné : .....

Numéro de ce Médecin - Conseil : 

--

**SIGNATURE ET CACHET**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme d'assurance vieillesse.

