

## CERTIFICAT MÉDICAL POUR INAPTITUDE AU TRAVAIL

47140

Ce formulaire est destiné à être joint à toute demande de liquidation au titre de l'inaptitude au travail. Après avoir complété personnellement le cadre 1, vous devrez faire remplir les cadres 2 à 5 par votre médecin traitant. Merci d'adresser ce document dans une enveloppe portant la mention « confidentiel, secret médical » au médecin conseil de la Cipav 9 rue de Vienne, 75403 Paris cedex 08.

**1** ► **Votre identité** à remplir obligatoirement par l'assuré(e)

Informations en notre possession :	Informations à mettre à jour si nécessaire :
Référence Cipav :	
N° de Sécurité sociale :	<input type="text"/>
Nom :	.....
Prénom :	.....
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Profession :	.....
Adresse :	..... ..... ..... ..... .....

**2** ► **Identité du médecin** à remplir obligatoirement par le corps médical

Je soussigné

N° d'inscription à l'ordre des médecins :

Nom et prénom du médecin : .....

demeurant à : .....

déclare avoir examiné le ...../...../..... M. ....

demeurant à .....

Les données à caractère personnel que la Cipav collecte, de même que celles qui sont recueillies ultérieurement, sont destinées à la Cipav en sa qualité de responsable du traitement. La Cipav veille à ce que seules les personnes habilitées puissent avoir accès à ces données. Les prestataires de services de la Cipav peuvent être destinataires de ces données pour réaliser les prestations que la Cipav leur confie. Certaines données personnelles peuvent être adressées à des tiers ou à des autorités légalement habilitées et ce pour satisfaire les obligations légales de la Cipav, réglementaires ou conventionnelles. Dans les conditions prévues par la réglementation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez exercer vos droits par voie électronique à l'adresse suivante : [dpo@lacipav.fr](mailto:dpo@lacipav.fr) en y joignant la copie de votre carte nationale d'identité.

9, rue de Vienne - 75403 Paris cedex 08 - T. 01 44 95 68 49 - [www.lacipav.fr](http://www.lacipav.fr)

Du lundi au vendredi : ouverture des bureaux de 9h45 à 16h30 et renseignements téléphoniques de 9h00 à 16h50

3

► **Certificat médical** à remplir obligatoirement par le corps médical

**1. État général**

Taille : ..... Poids : ..... Signes de sénilité : .....

**2. Appareil cardio-vasculaire :**

Cœur : ..... État des artères : .....

T.A. : ..... Œdèmes : .....

**3. Appareil respiratoire :**

Troubles fonctionnels : .....

Examen clinique : ..... Radios : .....

**4. Appareil uro-génital :**

Éléments anormaux : sucre : ..... albumine : .....

Trouble de miction : ..... Pollakiurie : .....

Nombre de grossesses : ..... Prolapsus : .....

**5. État neuro-psychique :**

Trouble de la parole : ..... de l'équilibre : ..... de la marche : .....

Réflexes : ..... Fonctions intellectuelles : .....

Mémoire ..... Psychisme : .....

**6. Appareil digestif :**

Doléances : ..... Examens cliniques : .....

**7. Organes des sens :**

Acuité visuelle : O.D. : ..... O.G. : .....

Ouïe : .....

**8. Rhumatismes :**

Chroniques : ..... Localisations : .....

Déformations : ..... Conséquences : .....

**9. Autres appareils :** .....

4

► **Conclusions du médecin** diagnostic, souligner la principale cause d'inaptitude

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5

► **Précisions** à remplir obligatoirement par le corps médical

*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.*

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à : ....., le : ...../...../..... **Signature et cachet du médecin traitant :**