



# Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA)

(Article R815-31 du Code de la Sécurité Sociale)

## Rapport médical d'inaptitude au travail

RETRAITES

Direction de la solidarité et  
Des risques professionnels

Service de l'allocation de solidarité  
Aux personnes âgées (SASPA)

Tel : 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 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

A REMPLIR PAR LA PERSONNE A EXAMINER

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Bât : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_\_\_

Situation de famille (1) - 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	_____
_____	_____ ans	_____
_____	_____ ans	_____
_____	_____ ans	_____

Conditions particulières d'exercice de ces activités : \_\_\_\_\_

Profession actuelle : \_\_\_\_\_  
Salarié - non salarié - temps complet - temps partiel (1)

Date d'arrêt de travail : \_\_\_\_\_

Etes-vous inscrit(e) comme demandeur d'emploi ? \_\_\_\_\_

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

Adresse de votre Centre de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

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

Si OUI, quels sont les taux ? \_\_\_\_\_

Etes-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 (article L. 433-19 et L.441-7 du Code Pénal).

Je certifie exacts tous les renseignements figurant ci-dessus

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature (obligatoire),**

(1) Rayer les mentions inutiles. (\*) Personne liée par un pacte civil de solidarité

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



