

# FORMULAIRE MEDICAL

## INVALIDITE ADMISSION

### ASSURE SOCIAL



MATRICULE :

NOM :

NE«E» LE :

AFFECTION PRINCIPALE :

DATE DE DEBUT :

AUTRES AFFECTIONS :

ELEMENTS DE DIAGNOSTIC :

CLINIQUES :

PARACLINIQUES :

TRAITEMENT ACTUEL :

MALADE CAPABLE D'EXERCER UNE ACTIVITE SALARIEE :

NON

OUI

OUI A TEMPS PARTIEL

DATE :

SIGNATURE :

CACHET :