



FORMULAIRE MÉDICAL À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL
Invalidité - Admission

Identification de l'assuré	Matricule :	
	NOM :	Prénoms :

Affections	Affection principale :
	Date de début :
	Autres affections :

Éléments de diagnostic	Etat clinique :
	Résultats paracliniques :

Traitement actuel
-------------------	----------------------------------

Malade capable d'exercer une activité salariée :

- NON
- OUI
- OUI A TEMPS PARTIEL

Fait à le

Signature et cachet du praticien

« Formulaire confidentiel réservé à l'information du Médecin-Conseil »

GA -202001091617