



FORMULAIRE MEDICAL A L'ATTENTION DU MEDECIN 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 »