



CERTIFICAT MEDICAL

- prescrivant L'invalidité
 La retraite anticipée pour usure Prématuré de l'organisme

A remettre sous pli confidentiel

Je soussigné(e) docteur :

spécialité :

inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins sous le numéro :

exerçant à :

N° Tél :

certifie avoir examiné le :

à :

le nommé :

immatriculé à la CNSS sous le numéro :

portant la carte d'identité nationale N° délivrée à :

le :

domicilié à :

localité : code postal :

profession :

et qui présente actuellement la symptomatologie suivante (Début, mode d'installation et d'évolution de l'affection invalidante, antécédents du sujet conditionnant, aggravant ou prédisposant à l'affection invalidante, autres affections ...).

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

Des examens complémentaires ont été faits (Si oui prière joindre photocopie)

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

Pathologie(s) associée(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'examen clinique ainsi que les investigations complémentaires font évoquer le diagnostic suivant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ceci justifie sa mise (1) :

en invalidité avec un taux estimé actuellement à :

à la retraite anticipé pour usure prématuré de l'organisme
(âge minimum 50 ans)

Certificat établi le

Signature et cachet du médecin