

CAISSE NATIONALE DE PRÉVOYANCE SOCIALE

TEL : (235) 22 52 58 80 / (235) 22 52 58 83

FAX : (235) 22 52 23 65

BP : 749 N'DJAMENA TCHAD

CERTIFICAT MÉDICAL ACCOMPAGNANT UNE DEMANDE DE PENSION

(1) ANTICIPÉE

(1) D'INVALIDITE

(Devant être établi par un médecin désigné ou agréé par la C.N.P.S)

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

N° d'immatriculation à la caisse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et Prénom

sexe

Nom de jeune fille pour les femmes mariées

Nom du père

Nom de la mère

Date ou année de naissance

Lieu de naissance

Nationalité

Profession

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

DÉFINITION DE L'INCAPACITE PAR LE MEDECIN - TRAITANT

A. je soussigné(e), Dr _____ certifie que

M _____ subit une

diminution permanente (1), présumée permanente (1), de ses capacités physiques (1), mentales (1)

(1) - entraînant une incapacité de travail d'au moins 66%, compte tenu de sa qualification professionnelle et pouvant ouvrir droit à une pension d'invalidité.

(1) - dues à une usure prématurée de ses facultés pouvant ouvrir droit à une pension anticipée

B. L'incapacité est due à une (1) maladie (1) à un accident

. S'agit-il d'une maladie professionnelle? OUI NON

. S'agit-il d'un accident de travail? OUI NON

. L'invalidité a-t-il besoin de façon constante de l'aide et de soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante? OUI NON

. L'invalidité est-elle la conséquence d'un crime ou d'un délit commis ou d'une faute intentionnelle de la part du demandeur? OUI NON

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

EXAMENS MEDICAUX EFFECTUÉS OU DEMANDÉS

(Joindre au présent certicat les résultats des analyses ou des examens des spécialistes consultés).

DESCRIPTION DES AFFECTIONS OU LÉSIONS, SÉQUELLES OU INFIRMITÉS
DONT LE DEMANDEUR EST ATTEINT

Date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision, si la permanence de l'invalidité n'est pas assumée

A _____ le _____

Cachet et signature de Médecin-traitant

AVIS DU MÉDECIN-CONSEIL DE LA C.N.P.S.
Accord ou Refus

Date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision _____

A _____ le _____

Cachet et signature de Médecin-conseil.