



CONTROLE MEDICAL DE L'INAPTITUDE

Vous devez :

- compléter le CADRE 1,
- faire remplir par votre médecin traitant le CADRE 2,
- remettre à la Caisse de retraites ce document sous pli cacheté au moyen de l'enveloppe jointe.

CADRE 1		
Nom :		Prénoms :
Nom marital :		Date de naissance :
Adresse :		
Situation de famille (1) : célibataire – marié(e) – veuf (ve) – divorcé(e) - séparé(e)- pacsé(e)		
NATURE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES QUE VOUS AVEZ EXERCEES AU COURS DE VOTRE EXISTENCE :		
Nature de l'activité		Périodes
PRECISEZ L'EMPLOI QUE VOUS OCCUPEZ ACTUELLEMENT A L'OPERA NATIONAL DE PARIS		
EXERCEZ-VOUS SIMULTANEMENT UNE AUTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
si, oui, précisez :		
<ul style="list-style-type: none">• la nature de l'activité :• le régime de retraite dont elle relève :		
NATURE DES ACTIVITES EXTRA PROFESSIONNELLES (SPORTS, LOISIRS, ETC)		
Etes-vous titulaire d'une rente « accidents du travail ou maladie professionnelle» ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, quel est son taux ?		
Etes-vous titulaire d'une pension au titre des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, quel est son taux ?		
A	le	signature

(1) rayer les mentions inutiles

CADRE 2

A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT DE L'ASSURE

Il est instamment demandé au médecin traitant de bien vouloir préciser notamment **LES DATES ET LE STADE D'EVOLUTION** des affections, maladies chroniques, traumatismes et infirmités mentionnés sur son certificat. Il convient également que soit signalée toute **DATE D'INTERVENTION CHIRURGICALE**.

Le Dr

demeurant

déclare avoir examiné M

demeurant

et avoir fait les constatations suivantes :

	MEDECIN TRAITANT
ANTECEDENTS Médicaux Chirurgicaux Motif(s) médical(caux) du service de la (des) rente(s) perçue(s) Existence d'une décision MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) AFFECTIONS MOTIVANT LA REQUETE Affection en cause et date de la première constatation Historique En cas d'accident : Date de l'accident Y a-t-il un tiers responsable ? DOLEANCES EXPRIMEES	

1 ETAT GENERAL

Taille

Poids

Altération, usure prématurée

Sénilité

2 TEGUMENTS

3 APPAREIL RESPIRATOIRE

4 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Cœur

T.A.

Artères

Veines

Oedèmes

5 APPAREIL DIGESTIF

6 PAROI ABDOMINALE

Hernies

7 APPAREIL URO-GENITAL

Eléments anormaux

(sucres – albumine)

Nombre de grossesses

Prolapsus

(indiquer degré et complications)

8 ETAT NEUROPSYCHIQUE

9 ORGANES DES SENS

Vue

OD

Après correction

O.G.

Après correction

Ouïe

10 APPAREIL OSTEOARTICULAIRE,
MUSCULATURE

Localisations

Déformations

Conséquences

11 SYSTEME NERVEUX

12 AUTRES APPAREILS

13 EXAMENS COMPLEMENTAIRES
CONTRIBUTIFS A LA DECISION
(BIOLOGIE, RADIOLOGIE, ETC.)

14 TRAITEMENT

(MESURES HYGIENODIETETIQUES,
MEDICAMENTS, SUIVI MEDICAL,
KINE, SOINS INFIRMIERS, ETC.)

Conclusions du médecin traitant

Diagnostic

Principale cause de l'inaptitude à l'emploi à l'Opéra national de Paris:

L'intéressé doit-il être reconnu hors d'état de continuer l'exercice de cet emploi ?

Oui

Non

L'état de santé du requérant nécessite-t-il l'aide constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ? (se lever, se mouvoir, se vêtir, s'alimenter, dépendance psychique)

Oui

Non

Si oui, depuis quelle date ?

Fait à

le

signature