



**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES**

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78  
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88; article 90; article 91; article 92

**A. Demande de certificat**

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1.	Requérant les prestations familiales			
	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié		<input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime salariés)	
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié		<input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime non salariés)	
	<input type="checkbox"/> Personne qui les réclame à un autre titre		<input type="checkbox"/> Orphelin	
1.1. Nom <sup>(1 bis)</sup> .....				
1.2. Prénoms ..... Noms antérieurs <sup>(1 bis)</sup> ..... Lieu de naissance <sup>(2)</sup> .....				
1.3. Date de naissance Sexe Nationalité Numéro d'assurance ou d'identification <sup>(3)</sup> .....				
1.4. Adresse <sup>(4)</sup> .....				

2.	Personne qui fait l'objet du certificat médical			
2.1. Nom <sup>(1 bis)</sup> .....				
2.2. Prénoms ..... Noms antérieurs <sup>(1 bis)</sup> .....				
2.3. Lieu de naissance <sup>(2)</sup> Date de naissance Sexe Numéro d'assurance ou d'identification <sup>(3)</sup> .....				
2.4. Adresse <sup>(4)</sup> .....				

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1. Nom .....				
3.2. Adresse <sup>(4)</sup> .....				
3.3. Numéro de référence du dossier .....				
3.4. Cachet		3.5. Date .....		
		3.6. Signature .....		

**B. Certificat**

À remplir par le médecin désigné par l'organisme de liaison <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup> du pays de résidence de la personne examinée et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4.

- 4.1. a) Les facultés physiques ou mentales de la personne examinée  sont diminuées  ne sont pas diminuées  
 Dans l'affirmative, pourcentage de diminution .....%
- b) La personne examinée  est capable de gagner sa vie  
 est incapable de gagner sa vie et de poursuivre sa formation professionnelle par l'étude en raison de sa déficience physique ou mentale
- c) La personne examinée  est  n'est pas ménagère  
 Dans l'affirmative  elle est  elle n'est pas en état de tenir son ménage
- d) Observations éventuelles  
 .....  
 .....  
 .....
- e) Description de l'état de la personne examinée  
 .....  
 .....  
 .....
- 4.2. Date de début de l'infirmité ou de la maladie (de façon aussi précise que possible)  
 .....
- 4.3. Durée probable .....
- 4.4. a) Un nouvel examen  est nécessaire  n'est pas nécessaire  
 b) Dans l'affirmative, date de l'examen .....

5.

- 5.1. Nom et prénoms du médecin .....
- 5.2. Adresse <sup>(4)</sup> .....  
 .....
- 5.3. Date  
 .....
- 5.4. Signature  
 .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Ce formulaire est rempli dans la langue du médecin qui établit le certificat.**

## NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque, DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (<sup>1 bis</sup>) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (<sup>2</sup>) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (<sup>3</sup>) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone, le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (<sup>4</sup>) Rue, numéro, code postal, localité et pays.
- (<sup>5</sup>) Ou le médecin de la caisse désignée par l'organisme de liaison.
- (<sup>6</sup>) En Slovénie, il s'agit du médecin de son choix.
-