



**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION D'UNE ALLOCATION FAMILIALE SPÉCIALE OU D'ALLOCATIONS  
FAMILIALES MAJORÉES POUR ENFANTS HANDICAPÉS**

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74  
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88

**A. Demande de certificat**

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

1.	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié		
1.1.	Nom ( <sup>1 bis</sup> ) .....			
1.2.	Prénoms .....	Noms antérieurs ( <sup>1 bis</sup> ) .....	Lieu de naissance ( <sup>1 ter</sup> ) .....	
1.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Numéro d'assurance ou d'identification ( <sup>1 quater</sup> )
1.4.	Adresse ( <sup>2</sup> ) .....			

2.	Enfant qui fait l'objet du certificat médical			
2.1.	Nom ( <sup>1 bis</sup> ) .....			
2.2.	Prénoms .....			
2.3.	Lieu de naissance ( <sup>1 ter</sup> )	Date de naissance	Sexe	Numéro d'assurance ( <sup>1 quater</sup> )
2.4.	Adresse ( <sup>2</sup> ) .....			

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1.	Dénomination .....			
3.2.	Adresse ( <sup>2</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'institution du lieu de résidence de l'enfant examiné et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3, en y joignant toutes pièces médicales justificatives utiles récentes (photos, radiographies, résultats d'examens médicaux, etc.) (4).

4.

4.1. Âge de l'enfant au moment de l'examen ..... ans ..... mois  
Son poids ..... kilogrammes ..... grammes Sa taille ..... centimètres

4.2. Retard psychomoteur  
Retard compte tenu de la normale de l'âge  Oui  Non  
Si oui, préciser .....

4.3. Autonomie  
L'enfant s'assoit-il?  Oui  Non Marche-t-il?  Oui  Non  
Parle-t-il?  Oui  Non S'habille-t-il seul?  Oui  Non  
Mange-t-il seul?  Oui  Non Écrit-il?  Oui  Non (3)  
Est-il incontinent?  Oui  Non (3)

4.4. Assistance  
L'état de l'enfant nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne?  Oui  Non  
Constante?  Oui  Non Quotidienne mais discontinuée?  Oui  Non  
Ou d'autres mesures (préciser) .....

4.5. Nature du handicap principal  
Le handicap de l'enfant est-il  
sensoriel visuel .....  
auditif .....  
moteur .....  
mental niveau mental .....  
comportement .....  
autre .....

4.6. Origine du handicap (3)  
— anomalie congénitale .....  Oui  Non  
— maladie .....  Oui  Non  
date d'apparition du handicap .....  
date du diagnostic mois ..... année .....  
début du traitement mois ..... année .....  
— accident .....  Oui  Non  
date de l'accident .....

4.7. Handicaps associés  
Lesquels? .....  
Autres déficiences .....

4.8. Autres observations  
Handicaps dans la famille .....  
Examens complémentaires déjà effectués .....  
(Copies de résultats à joindre éventuellement)

4.9. Traitements, y compris rééducation et réadaptation. Quels sont les traitements en cours?

.....

Depuis quelle date? .....

Quels sont les traitements conseillés? .....

— chirurgie .....

.....

— hospitalisations (au cours des trois dernières années) .....

— traitement à domicile (médicaments, etc.) ..... Depuis ...../...../.....

..... Depuis ...../...../.....

..... Depuis ...../...../.....

— rééducation                      Début                      Fréquence                      Où?

logopédie ..... .....

physiothérapie ..... .....

ergothérapie ..... .....

(psycho)thérapie ..... .....

première aide à domicile ..... .....

4.10. Mesures d'éducation et d'orientation

Quelles mesures sont en cours? .....

.....

Depuis quelle date? .....

Quelles sont les mesures conseillées? .....

4.11. Perspectives d'évolution

Préciser lesquelles .....

.....

4.12. Code CIM (Classification internationale des maladies de l'OMS)

4.13. Début de la maladie

4.14. Date du prochain contrôle

5.

5.1. Nom et prénom du médecin .....

5.2. Adresse (²) .....

.....

5.3. Date

.....

5.4. Signature

.....

## INSTRUCTIONS

**Le présent formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Il 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>1 ter</sup>) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (<sup>1 quater</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 la 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). À défaut, indiquer «néant».
- (<sup>2</sup>) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (<sup>3</sup>) À remplir uniquement si l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales est une institution belge ou slovaque.
- (<sup>4</sup>) En Slovénie, ce volet est rempli par une commission médicale désignée par le ministère du travail, de la famille et des affaires sociales.
-