



**CERTIFICAT MEDICAL D'INCAPACITE AU TRAVAIL**  
*(formulaire à remettre au médecin traitant qui la remplira aux frais du demandeur)*

**A remplir obligatoirement par l'assuré(e) :**

Nom de famille (de naissance) : .....

Prénoms : .....

Nom d'usage (s'il y a lieu) : .....

Date de naissance : | . | . | . | Profession : .....

Adresse : .....

.....

sollicite l'exonération de la cotisation du régime RAAP pour incapacité d'exercer la profession :

- Soit pour une durée continue supérieure à six mois
- Soit pour une durée totale de six mois au cours de la même année civile

LE MEDECIN ..... demeurant à .....

déclare avoir examiné le | . | . | . | M. ....

demeurant à .....

**ETAT GENERAL :**

Taille : ..... Poids : ..... Signes de sénilité : .....

.....

**NATURE ET ORIGINE DE L'AFFECTION :** .....

.....

.....

**DATE DE L'ARRET DE TRAVAIL :** | . | . | . |

L'affection entraîne-t-elle une incapacité totale d'exercer sa profession libérale ?

OUI  NON

Si oui, depuis quelle date ? | . | . | . | jusqu'à quelle date prévisible ? | . | . | . |

L'affection permet-elle à l'assuré(e) d'exercer partiellement sa profession libérale ?

OUI  NON

Si oui, depuis quelle date ? | . | . | . | dans quelles conditions ?

.....

A .....

Signature et cachet du médecin traitant

Le | . | . | . |