

E 407

CH

(1)

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 ^(1 bis)			
1.2.	Prénoms	Noms antérieurs ^(1 bis)		
		Lieu de naissance ^(1 ter)		
1.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Numéro d'assurance ou d'identification ^(1 quater)
1.4.	Adresse ⁽²⁾

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

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1.	Dénomination			
3.2.	Adresse ⁽²⁾			
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		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, préciser					
4.3.	Autonomie					
	L'enfant s'assoit-il?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Marche-t-il?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Parle-t-il?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	S'habille-t-il seul?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Mange-t-il seul?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Écrit-il?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non ⁽³⁾
				Est-il incontinent?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non ⁽³⁾
4.4.	Assistance					
	L'état de l'enfant nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne?					
	Constante?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Quotidienne mais discontinuée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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				
	autres					
4.6.	Origine du handicap ⁽³⁾					
	- anomalie congénitale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	- maladie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	date d'apparition du handicap					
	date du diagnostic	mois	année			
	début du traitement	mois	année			
	- accident	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 trois 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

- (1) 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.
- (1 *bis*) 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. Pour l'Italie, indiquer le nom de jeune fille.
- (1 *ter*) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (1 *quater*) 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». À une institution italienne, le numéro d'identification fiscale.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (3) À remplir uniquement si l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales est une institution belge ou slovaque.
- (4) En Slovénie, ce volet est rempli par une commission médicale désignée par le ministère du travail, de la famille et des affaires sociales.