

Formule 6

ATTESTATION D'INVALIDITÉ FOURNIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Loi sur la pension de retraite des enseignants

Nom _____ Date de naissance ou âge _____

Adresse actuelle N° Rue Ville

(Si vous n'avez pas assez d'espace pour répondre à une question, utilisez l'espace prévu à cette fin au verso, au n° 9)

1. ANTÉCÉDENTS

a) Quand la maladie a-t-elle commencé ou la blessure est-elle survenue?

Jour Mois Année

b) À quelle date l'enseignant a-t-il dû cesser de travailler?

Jour Mois Année

c) Existe-t-il des antécédents par rapport à cette maladie?

Non
 Oui (précisez) _____

2. ÉTAT CAUSANT L'INVALIDITÉ

a) Symptômes subjectifs

b) Conclusions objectives

(Veuillez fournir le rapport des radiographies, des électrocardiogrammes ou les résultats d'autres tests spéciaux)

c) L'enseignant est-il ou a-t-il été obligé

— d'être confiné à son domicile?

Non Oui de à

— d'être alité?

Non Oui de à

— d'être confiné à l'hôpital?

Non Oui de à

3. DIAGNOSTIC

4. TRAITEMENT

a) Date de la première visite

Jour Mois Année

b) Date de la dernière visite.

Jour Mois Année

c) Fréquence des visites

5. PROGRÈS

Rétabli Inchangé
 Amélioré Détérioré

6. DURÉE DE L'INVALIDITÉ TOTALE

a) L'enseignant est-il actuellement atteint d'une invalidité totale et incapable d'accomplir quelque travail que ce soit?

Non Oui

b) S'attend-on à ce que l'enseignant retourne au travail?

Non Oui

c) Si la dernière réponse est affirmative, quand croyez-vous qu'il sera en mesure de reprendre un travail quelconque?

Date approximative Jour ____ Mois ____ Année ____

Formule 6 (suite)

7. Si l'invalidité a rapport à son état mental, l'enseignant est-il capable de gérer ses affaires financières?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
--	---

8. LE PRÉSENT ARTICLE S'APPLIQUE UNIQUEMENT SI L'INVALIDITÉ EST IMPUTABLE À DES PROBLÈMES CARDIAQUES, À UNE DÉFICIENCE AUDITIVE OU À UNE DÉFICIENCE VISUELLE.

a) PROBLÈMES CARDIAQUES (1) Capacité fonctionnelle (selon l'American Heart Association) Classe 1 (aucune limitation) _____ Classe 2 (légère limitation) _____ Classe 3 (limitation marquée) _____ Classe 4 (limitation complète) _____	
---	--

b) DÉFICIENCE AUDITIVE (1) L'enseignant est-il totalement sourd? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (2) S'il n'est pas totalement sourd, quel était son seuil d'audition lors du dernier examen? _____ (3) Son audition peut-elle être améliorée grâce à un traitement, à une opération ou à des prothèses auditives?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (indiquez dans quelle mesure) _____ _____
---	---

c) DÉFICIENCE VISUELLE (1) L'enseignant est-il totalement aveugle? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (2) S'il n'est pas totalement aveugle, quelle était sa capacité visuelle lors du dernier examen? (Fraction de Snellen) Avec lunettes O.D. O.L. Date Sans lunettes O.D. O.L. Date (3) Quelle est la gravité de la perte de son champ visuel? _____ (4) Sa vision peut-elle être améliorée grâce à un traitement, à une opération ou à des lentilles?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (indiquez dans quelle mesure) _____ _____
---	---

9. REMARQUES :

Date : _____ Signature : _____, m.d.

Adresse : _____

10. RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION