

# CAVOM

Caisse d'Assurance Vieillesse  
des Officiers Ministériels, Officiers Publics et des Compagnies Judiciaires

## CERTIFICAT MEDICAL

(formule à remettre au médecin traitant qui le remplira aux frais du demandeur)

NOM : .....

Date de naissance : .....

PRENOM : .....

Adresse : .....

.....

Sollicite (cochez la ou les cases correspondant à votre demande) :

L'allocation vieillesse

La retraite complémentaire

Une pension d'invalidité

}

par anticipation pour inaptitude au travail

Le docteur : -----

Demeurant : -----

Déclare avoir examiné M -----

A  
(signature et cachet du médecin)

le

☞ Voir au verso

