



**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 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

- (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.
- (^{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».
- (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.
-