



Ministère des Affaires intérieures  
Cartes d'invalidité  
B.P. 10  
L-2010 LUXEMBOURG

## DEMANDE D'UNE CARTE D'INVALIDITE

Je soussigné(e)

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

N° d'identification \_\_\_\_\_ caisse de maladie \_\_\_\_\_

demeurant à \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_

Rue et numéro \_\_\_\_\_

No téléphone \_\_\_\_\_

sollicite par la présente une **carte d'invalidité**.

Renseignements supplémentaires :

Je suis bénéficiaire

- |   | oui                      | non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) d'une rente de la part du service des dommages de guerre             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) d'une rente d'accident de travail                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) d'une carte d'invalidité A et sollicite la carte d'invalidité B ou C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) d'une carte d'invalidité B et sollicite la carte d'invalidité C      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) d'une carte d'invalidité A No _____ et en déclare la perte           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) d'une carte d'invalidité B No _____ et en déclare la perte           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) d'une carte d'invalidité C No _____ et en déclare la perte           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je joins, en annexe, **deux photographies récentes** (type «passeport»). Ci-après vous trouverez le **certificat de mon employeur**.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
signature <sup>(1)</sup>

---

**Remarque:** (1) pour les mineurs, la demande doit être signée par les personnes exerçant l'autorité parentale, en cas de tutelle, par le tuteur.

# CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR

**(à remplir uniquement pour les personnes domiciliées à l'étranger et travaillant régulièrement au pays)**

L'employeur \_\_\_\_\_  
(nom et raison sociale)

établi à \_\_\_\_\_  
(adresse exacte)

certifie par la présente que la personne désignée à la page précédente est occupée à ses services en qualité de \_\_\_\_\_ depuis le \_\_\_\_\_ et qu'elle travaille régulièrement au Grand-Duché de Luxembourg.

Il est certifié en outre que les photographies jointes sont celles du requérant.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nom et qualité)

\_\_\_\_\_  
(signature et cachet)

Soit la présente demande transmise au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale avec prière d'examen et avec prière de bien vouloir remplir le questionnaire ci-après.

Luxembourg, le  
Pour le Ministre des Affaires intérieures  
p.s.d.

---

**QUESTIONNAIRE**  
**(Réservé au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale)**

- a) L'invalidité est-elle permanente   
provisoire
- b) En cas d'invalidité provisoire  
jusqu'à quelle date présumée persistera-t-elle ? \_\_\_\_\_
- c) Le degré d'invalidité s'élève à \_\_\_\_\_
- d) Le requérant souffre-t-il d'une invalidité lui rendant la station debout ou la marche pénibles?  
(à remplir seulement si l'invalidité totale est inférieure à 50%)  
\_\_\_\_\_
- e) Le requérant souffre-t-il d'une invalidité telle qu'il ne peut se déplacer sans l'aide d'une  
personne accompagnatrice ?  
\_\_\_\_\_

---

Soit la présente demande retournée au Ministère des Affaires intérieures avec l'avis demandé.

Luxembourg, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_