

**OFFICE NATIONAL  
DES ANCIENS COMBATTANTS  
ET VICTIMES DE GUERRE**

**Service départemental**  
de \_\_\_\_\_

**DEMANDE  
DE CARTE D'INVALIDITE**

**cerfa**  
N° 14342\*01

(Art. L 320 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

**ETAT CIVIL DU DEMANDEUR**

NOM et prénoms : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Profession actuelle \_\_\_\_\_

Photographie

Agrafer  
après avoir  
inscrit son nom  
au verso

**OBJET DE LA DEMANDE (1)**

**ATTRIBUTION DE LA CARTE (2)**

A simple barre bleue .....   
(pensionnés de 25 à 45 %)

A simple barre rouge .....   
(pensionnés à 50 % et plus)

A double barre rouge .....   
(pensionnés à 85 % et plus, dont les infirmités pensionnées justifient,  
selon la Commission médicale, la présence d'un accompagnateur pour  
les déplacements)

A double barre bleue .....   
(pensionnés bénéficiaires de l'article L. 18 – Assistance permanente  
d'une tierce personne)

Station debout pénible .....   
(mention susceptible d'être portée sur toute carte, sous réserve  
d'appréciation par la Commission médicale)

**RENOUVELLEMENT DE LA CARTE (2)**

A simple barre bleue .....

A simple barre rouge .....

A double barre rouge .....

A double barre bleue .....

Avec station debout pénible .....

Sans station debout pénible .....

Valable jusqu'au : \_\_\_\_\_

Délivrée le : \_\_\_\_\_

Par le service départemental  
de : \_\_\_\_\_

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné, déclare sur l'honneur que je n'ai à ce jour  
formulé aucune demande, en vue d'obtenir la délivrance  
d'une carte d'invalidité.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature

Je soussigné, déclare sur l'honneur que je n'ai à ce jour  
formulé aucune demande, en vue d'obtenir le renouvellement  
de ma carte d'invalidité.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature

**Le droit d'accès et de rectification prévu à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service départemental de l'ONAC. Le service départemental de l'ONAC est le seul destinataire de ces informations qui peuvent donner lieu à la création d'un fichier informatisé.**

**(1) voir en page 4 la liste des pièces à joindre à l'appui de la demande**

**(2) porter une croix en face de la carte dont est demandée l'attribution**

## PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

### AVIS MEDICAL

#### Mention STATION DEBOUT PENIBLE

OUI  NON

Observations du Médecin :

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
*Signature du Médecin*

#### Octroi de la CARTE à DOUBLE BARRE ROUGE

OUI  NON

Observations du Médecin :

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
*Signature du Médecin*

### DECISION DU SERVICE DEPARTEMENTAL DE L'OFFICE NATIONAL DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE

Carte d'invalidité attribuée le : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Carte d'invalidité renouvelée le : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Pour une période de \_\_\_\_\_ allant du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Avec } Mention station debout pénible  
Sans }

Catégorie du demandeur : \_\_\_\_\_

Carte expédiée le : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*Cachet et signature*

### Pièces à joindre à l'appui de la demande

- Une pièce attestant de la qualité de pensionné (fiche descriptive des infirmités, intercalaire de décision de concession primitive, constat provisoire des droits à pension proposant la reconnaissance d'un droit à une indemnisation, pour les pensions récentes ou les aggravations ou, à défaut, certificat modèle 15 datant de moins de trois mois) ;
- Une photographie d'identité, àagrafer dans le rectangle prévu à cette fin.

Les pensionnés demandant la carte à double barre rouge ou l'apposition de la mention « station debout pénible » joindront, de surcroît, un certificat médical motivé concluant à l'attribution de cette carte ou mention.

Le présent dossier sera adressé au Service départemental de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre du département de résidence du demandeur.