

Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique
*(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat - DAP / DSDEN est possible :
en informer le responsable hiérarchique)*

Annexe 2

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

.....

Tel personnel Mail personnel

Coordonnées administratives

Nom du service d'affection

Adresse du service d'affectation

.....

.....

Tel professionnel Mail professionnel

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C

Corps : Grade :

Contractuel (CDI / CDD 12 mois, et à temps complet)

Quotité : % (joindre l'emploi du temps visé par le supérieur hiérarchique)

Métier / Fonction : Date d'entrée sur le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier / terrain Enseignement

Laboratoire Autre (à préciser) :

Page à compléter et à transmettre au supérieur hiérarchique
(un envoi direct au bureau des accidents du travail rectorat - DAP / DSDEN est possible :
en informer le responsable hiérarchique)

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

.....
.....
.....

Date de la première constatation médicale de la maladie : / /

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du au

du au

du au

Attestations de témoins éventuels

Oui

Non

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....
.....

Pièces jointes

Certificat médical (*obligatoire*)

Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Pli confidentiel – secret médical (**à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »**)

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

Autres documents médicaux (*copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister*)

.....
.....
.....
.....

Votre supérieur hiérarchique a-t-il été informé de cette déclaration ? Oui * Non

Je soussigné (prénom, nom)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à Le (date de déclaration) : / /

Signature de l'agent

* Visa du supérieur hiérarchique

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)