



Déclaration de maladie professionnelle

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail par voie postale ou navette établissement.
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique. Tout dossier incomplet sera retourné.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom d'usage Nom de naissance

Prénom

Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

.....

Tel personnel Mail personnel

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation

Adresse du service d'affectation

.....

.....

Tel professionnel Mail professionnel

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire ☐ Non titulaire Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Corps : Discipline : 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) :

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail par voie postale ou navette établissement.
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique. Tout dossier incomplet sera retourné.*

.....

.....

.....

.....



Déclaration de maladie professionnelle

A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail par voie postale ou navette établissement.
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique. Tout dossier incomplet sera retourné.

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 volet 1 mentionnant les lésions (*obligatoire*)

- ☐ Témoignages (+copies CNI)
- ☐ Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels
- ☐ Fiche de poste
- ☐ 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, prescriptions médicales, 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)