

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie,
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.



Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement



MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).

3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical. En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu la période d'exposition (du ... au ...)

Fiche d'exposition au risque (Article L. 4163-1 du Code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° Sécurité sociale :

Adresse personnelle

.....

.....

Tel personnel Mail personnel

Coordonnées employeur :

Collectivité : Etablissement public :

Adresse de l'employeur :

.....

Personne à contacter :

Téléphone : Adresse Mail :

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C

Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

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

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Police Municipale

École / crèche Autre (à préciser) :

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*)

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

Je soussigné (prénom et nom)
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

Signature de l'agent

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