|  |  |
| --- | --- |
| \\Serv-oise\public\Direction\COMMUNICATION\CHARTE GRAPHIQUE CDG\LOGO CDG\Logo COULEUR\LOGO courrier en tete.jpg | **Formulaire de 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 autorité territoriale, 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 entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement**  **Rappel des dispositions de l’article 21 bis IV de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 :**  « *Est présumée imputable au service toute maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.*  *Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée par un tableau peut être reconnue imputable au service lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions.*  *Peut également être reconnue imputable au service une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente à un taux déterminé et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat »*. |

**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**Formulaire à compléter et à transmettre à transmettre à l’autorité territoriale en y joignant obligatoirement un certificat médical**

|  |
| --- |
| **Renseignement concernant la victime :**  Collectivité(s) employeur(s) : ……………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  Nom, Prénom : ………………………………………………………………………………  Date de naissance : ……/……/……  Date d’affectation sur le poste : ……/……/……  Fonctions exercées : …………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Statut de l’agent :**  Titulaire  Stagiaire  Cadre d’emplois : ……………………………………………………………………………  Grade : ………………………………………………………………………………………  Catégorie A, B, C : ……  Quotité de travail : …… % |

|  |
| --- |
| **Renseignements concernant la maladie :**  Désignation de la maladie :………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………  Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l’article R. 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code : ……………………………………………….  Lieu précis d’exposition au risque et nature du risque (s’il est connu) :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Circonstances de l’apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.) :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Elément matériel éventuellement associé à la malade professionnelle (machine, appareil, produit…) :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 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 ……/……/…… |

|  |
| --- |
| **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  **(A 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(e) (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)