En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il convient d’adresser par tout moyen à l’autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l’établissement public une déclaration de maladie professionnelle dans un délai :

**De 2 ans suivant la date de la première constatation médicale de la maladie ;**

**De 2 ans suivant la date à laquelle le fonctionnaire est informé par certificat médical du lien possible entre sa maladie et l’activité professionnelle ;**

**De 2 ans à compter de la date d’entrée en vigueur des modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale si le fonctionnaire est déjà atteint d’une maladie correspondant à ces tableaux.**

La déclaration doit comporter :

* Le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
* Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie ainsi que, s’il y a lieu, la durée probable de l’incapacité de travail en découlant.

Si la maladie entraine un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l’autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement.

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de la collectivité/établissement public.**

**Ne pas oublier de joindre un certificat médical.**

**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**INFORMATIONS RELATIVES A LA VICTIME**

|  |
| --- |
| **Informations personnelles**Nom de naissance :…………………………………………. Nom d’usage :………………………………………………… Prénom :…………………………………………………Date de naissance :……………………………..Adresse personnelle :…………………………………………………………………………………………………………….Téléphone personnel :………………………………………. Mail personnel :……………………………………………………………………. |
| **Coordonnées administratives**Nom de la collectivité ou de l’établissement public : …………………………………………………………………………………Nom du service d’affectation :…………………………………………………………………………………………………Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………Téléphone professionnel :……………………………………………………….Mail professionnel :…………………………………………………………………………… |
| **Statut et catégorie de l’agent** Stagiaire Titulaire A B CCadre d’emploi :…………………………………………………….Grade :………………………………………………………………..DHS : ……. Temps non complet  Temps partiel Si temps partiel, quotité : ….%Précisez les jours travaillés : …………………………………………………………………………………………………Métier/fonctions : …………………………………………………………………….Activité habituelle : Terrain Bureau Atelier Autre:……………………………………………………….Lieu d’exercice des fonctions**:……………………………………………………………………………………………………** |

**INFORMATIONS RELATIVES A LA MALADIE**

|  |
| --- |
| Désignation de la maladie *(se reporter au certificat médical)* : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Le cas échéant, le n° et le titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévues à l’article R.461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code *(se reporter au certificat médical)* : …………………………………………………………………………………..Lieu précis d’exposition au risque et nature du risque *(s’il est connu – indiquer le ou les lieux d’exposition en précisant pour chaque lieu la période d’exposition : du…au…)* : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Circonstances de l’apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition *(environnement, tâches exécutées, gestes effectués…)*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Elément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle *(machine, appareil, produit…)* : …………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Avis du supérieur hiérarchique :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Attestation de témoins éventuels : Oui NonNom/prénom/qualité *(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 *(à préciser par votre médecin)*
* 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 la déclaration)* :

Signature de l’agent ou de son représentant s’il y a lieu :