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 C  Cadre 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 Non  Nom/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 :