

Page à compléter et à transmettre au bureau des accidents de service
RECTORAT - DBF 31 - 7 Place Bir-Hakeim - CS81065
38021 GRENOBLE CEDEX 1

DECLARATION 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 administratives

Nom du service d'affectation

Adresse du service d'affectation

.....

.....

Tel professionnel Mail professionnel

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C

Corps : Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

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

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Enseignement

Laboratoire Autre (à préciser) :

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.*)

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

Élément matériel éventuellement associé à la maladie 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

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*)