ACADÉMIE DE GRENOBLE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Savoie

Déclaration de maladie professionnelle hors tableaux

Année scolaire 2022/2023

Important *: Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM*

A compléter et à transmettre au Bureau des Affaires médicales

DSDEN 131 avenue de Lyon 73018 CHAMBERY Cedex

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

❑ Mme ❑ M.

Nom de naissance : ……..……..
Nom d'épouse : ……...
Prénoms : ……..……

Situation familiale : ❑ célibataire ❑ marié(e) ❑ pacsé(e) ❑ séparé(e) ❑ divorcé(e) ❑ veuf(ve)

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Numéro INSEE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Adresse personnelle : ……...……
……..

Code postal |__|__|__|__|__| Ville ……..……....

Téléphone : |____|____|____|____|____|

Adresse électronique : ……..@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

❑ stagiaire ❑ titulaire ❑ non titulaire

CORPS / FONCTION (en toutes lettres) :
..……...……

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation : ……..……..……..…
……..

Code postal |__|__|__|__|__| Ville ……..……...

Ecole : Maternelle ☐ Elémentaire ☐ Primaire ☐ ASH ☐

Type de poste : Adj/Dir Mat ☐ Adj/Dir Elém ☐ Remplaçant ☐ Autres(préciser) ☐……

Quotité de service : .....

Précisez les jours travaillés : ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE :

Circonstances de l'apparition des troubles (évènements, circonstances détaillées…) :

……
……
……
……
……
……
……

Eléments éventuellement associés à la maladie professionnelle :

……
……
……
……
……
……
……

Description et nature de la ou les pathologies :

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

……
……
……
……
……
……
……

ATTESTATION DE TEMOINS 0 OUI 0 NON

Les personnels de santé ou de secours ne peuvent être cités comme témoins.

Dans **l'affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonction(s), adresse(s) :

……
……
……
……
……
……
……

Date Signature du/des témoins :

Service DIV 1
Tél : 04 79 69 16 36
Mél : ce.ia73-div1-personnel@ac-grenoble.fr
131, avenue de Lyon
73018 CHAMBERY Cedex

Dans **la négative**, s'il n'y a pas eu de témoins directs, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle la maladie professionnelle a été signalée en indiquant ses coordonnées :

……
……
……
……
……
……
……

Date Signature du/des témoins :

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) …….
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à ……..……, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

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

En application de l'article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, de l'article 47-8 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 et de l'article R.461-8 du code de la sécurité sociale, une maladie non désignée dans un tableau de maladies professionnelles ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité au service. L'agent doit établir qu'elle est essentiellement et directement causée par son activité professionnelle. La maladie professionnelle doit entraîner une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25%. Si le taux prévisible n'atteint pas 25%, la maladie n'est pas reconnue imputable au service, l'agent n'est pas placé en CITIS et les honoraires et frais médicaux ne sont pas pris en charge.

Service DIV 1
Tél : 04 79 69 16 36
Mél : ce.ia73-div1-personnel@ac-grenoble.fr
131, avenue de Lyon
73018 CHAMBERY Cedex