

Déclaration de maladie professionnelle

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 DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

.....

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

.....

Code postal | | | | | Ville

Ecole : Maternelle Élémentaire 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 :

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 : duau

duau

duau

• **Attestation 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 inscrite 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), (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)