

Page à compléter et à transmettre au bureau des accidents de service  
RECTORAT - SAPAMH - 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) : .....



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*)