*Logo de la collectivité Annexe 2*

**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 37-2 et 37-3 du décret 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l’application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, une déclaration comportant :

* Le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie,
* Un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que, s’il y a lieu la durée de l’incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

* La date de la première constatation médicale de la maladie,
* Ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,
* Ou, en cas de modification des tableaux de maladies professionnelle du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d’une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d’entrée en vigueur de ces modifications.



 **Si la maladie entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48H suivant son établissement.**

|  |
| --- |
| **MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE** |

*Article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*

1. Il s’agit tout d’abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L.461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d’origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu’elles sont directement causées par l’exercice des fonctions et ceci en l’absence d’une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d’exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s’il est établi qu’elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions et qu’elle entraine une incapacité permanente au moins égale à 25%.

|  |
| --- |
| **COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE** |

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se rapporter au certificat médical. *(En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi)*

Lieu d’exposition au risque : indiquer le ou les lieux d’exposition en précisant pour chaque lieu la période d’exposition.

Fiche d’exposition au risque  (article L. 4163-1 du code du travail) : fiche de suivi établie par l’employeur lorsqu’une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d’exposition spécifique.

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement**

**N’oubliez pas de joindre un certificat médical**

**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AGENT :** Nom de naissance………………………………………………………….. Nom d’usage  ………………………………………………………………..Prénom …………………………………………………………..Date de naissance …………………………………………………………N° de sécurité sociale…………………………………………………….. Adresse personnelle………………………………………………………………………………………………………………………………………………TEL personnel ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..MAIL personnel……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **COORDONNEES ADMINISTRATIVES :** Employeur………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Service …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….TEL professionnel………………………………………….MAIL Professionnel……………………………………… |

|  |
| --- |
| **STATUT ET CATEGORIE DE L’AGENT :** Stagiaire :Titulaire : Catégories : A B CCorps : ……………………………………………………………………Grade : ……………………………………………………………………Fonctions : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Date d’entrée sur le poste : ………………………………………........Temps de travail : …………………………………………………………….Quotité de travail : …………..%Date d’entrée dans la collectivité : ……………………………………………………………….Titulaire depuis le : …………………………………………….. |

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement**

**N’oubliez pas de joindre un certificat médical**

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**Désignation de la maladie : …………………………………………………………………………………………………………………………………………Le cas échéant le numéro et le 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 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 descriptions des fonctions liées à leur apparition *(environnement, tâche exécutée, geste effectué etc….)*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Elément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle *(machine, appareil, produit…)*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Description du siège et de la nature de la ou les 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 : ………………………………………………………………………………………Périodes d’arrêts de travail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Attestations de témoins éventuels** ☐ Oui ☐ NonNom, prénom, qualité (et adresse si externe à l’administration) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **LES PIECES JOINTES :** Certificat médical initial : Témoignages : Fiche d’exposition à des facteurs de risques professionnels : Pli confidentiel (à l’exception de la présente déclaration et du certificat médical initial) : Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale : Autres documents médicaux (de type ordonnances, bulletins d’hospitalisation…) :  |

Je soussigné (prénom nom) ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées.

Fait à : ………………………………

Le *(date de la déclaration)*: …………………….

Signature agent

*(ou de son représentant /à préciser s’il y a lieu)*