**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**Formulaire à l’attention du fonctionnaire titulaire ou stagiaire affilié au régime spécial CNRACL**

**(effectuant 28h au moins par semaine)**

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez être causée par votre activité professionnelle. Conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du décret n° 87-602 du 30/07/1987, 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 modifications des tableaux de maladies professionnelles 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**

Maladie professionnelle (maladie contractée 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 mentionnés 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 entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

**COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE**

|  |
| --- |
| Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter 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 (du … au …) Fiche d’exposition au risque (Article L. 4163-1 du Code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu’une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d’exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels). Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin ***N’hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles***  |

**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**A COMPLETER PAR L’AGENT**

**Coordonnées de la collectivité ou établissement public**

Dénomination :

Adresse :

Code postal : ……………. Ville :

Nom de la personne chargé du suivi du dossier :

Téléphone :

Adresse de messagerie :

**Renseignements concernant le fonctionnaire**

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d’usage :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse de messagerie :

Statut de l’agent : Stagiaire 🞏 Titulaire 🞏

Catégorie : A 🞏 B 🞏 C 🞏

Grade :

Métier / fonctions :

Temps complet 🞏 Temps non complet 🞏 préciser nbr heures : ……….. Temps partiel 🞏

Activité habituelle :

Bureau 🞏 Atelier/terrain 🞏 Petite enfance 🞏 Entretien 🞏

Cuisine 🞏 Autres 🞏 à préciser ……………………………………….

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

**A COMPLETER PAR L’AGENT**

**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies :

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 de ce code :

Date de 1ère constatation médicale de la maladie :

Nom et adresse du médecin traitant :

Circonstances de l’apparition de la pathologie et description des fonctions liées à son apparition (lieu du risque, tâches exécutées, gestes effectués, environnement de travail, matériel/machines/produits utilisés) :

Avez-vous bénéficié d’arrêts de travail en lien avec la pathologie : OUI 🞏 NON 🞏

Si oui, préciser les périodes : du …………………………. au …………………….

Du……………………… au ………………………….

Du……………………… au ………………………….

Avez-vous bénéficié de soins en lien avec la pathologie : OUI 🞏 NON 🞏

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

**A COMPLETER PAR L’AGENT**

**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

**Pièces à joindre obligatoirement** :

Certificat médical indiquant 🞏 Résultats des examens prescrits par les tableaux 🞏

la nature et le siège des lésions (sous pli confidentiel) si maladie inscrite aux tableaux

 (art. L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale)

**Pièces pouvant être jointes à la déclaration de maladie professionnelle** :

Témoignages écrits 🞏 Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) 🞏

Bulletin d’hospitalisation 🞏

(sous pli confidentiel)

Autres 🞏 à préciser

Je soussigné, (prénom et nom)

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

Fait à ……………….., le ………………………

Signature de l’agent