**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**MEDECINE PREVENTIVE**

**A COMPLETER PAR LA COLLECTIVITE ET 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 la victime**

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**

**MEDECINE PREVENTIVE**

 **A COMPLETER PAR LA COLLECTIVITE ET 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 🞏



**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

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 %.

**AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL**

**AVIS FAVORABLE A L’IMPUTABILITE AU SERVICE DE LA MALADIE :** OUI 🞏

**les conditions du 1) ci-dessus sont remplies**

Maladie professionnelle remplissant **toutes les conditions du tableau** OUI 🞏

NUMERO DU TABLEAU DE LA MALADIE : …………………………………………………………………………..

Maladie contractée dans l’exercice ou à l’occasion de l’exercice des fonctions : OUI 🞏

Date de 1ère constatation de la maladie professionnelle : ……………………………………………

Latéralité : Droite 🞏 Gauche 🞏 Bilatérale 🞏

**Pour les maladies relevant du 2) ou 3)**

**La page 4 est à compléter et à transmettre uniquement au secrétariat de la formation plénière du conseil médical**

**AVIS FAVORABLE A L’IMPUTABILITE AU SERVICE DE LA MALADIE :** OUI 🞏 NON 🞏

Absence d’une ou plusieurs conditions du tableau OUI 🞏 NON 🞏

*préciser la ou les conditions non remplies* : ……………………………………………….

Maladie d’origine professionnelle OUI 🞏 NON 🞏

*(directement causée par l’exercice des fonctions)*

Maladie hors tableau  OUI 🞏 NON 🞏

Fait à ……………….., le ………………………

Signature et cachet du médecin du travail

**A TRANSMETTRE A LA COLLECTIVITE POUR INFORMATION**



**COLLECTIVITE :**

**NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**

Eléments complémentaires à l’attention des membres de la formation plénière

Fait à ……………….., le ………………………

Signature et cachet du médecin de du travail

**A COMMUNIQUER UNIQUEMENT AU SECRETARIAT DE DE LA FORMATION PLENIERE DU CONSEIL MEDICAL PLACEE AUPRES DU CENTRE DE GESTION DE L’ALLIER**