 **DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**ENQUETE ADMINISTRATIVE**

**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**

**ENQUETE ADMINISTRATIVE**

Date de 1ère constatation médicale de la maladie :

Date d’entrée de l’agent dans la collectivité :

Nature des fonctions exercées dans la collectivité :

Description précise des travaux habituels mettant en évidence les gestes susceptibles de provoquer la maladie :

Description précise des substances utilisées par l’agent (nom et composition) ayant entraîné la maladie :

Description du risque auquel l’agent est exposé de par ses fonctions :

Eléments matériels éventuellement associés à la maladie (machine, appareil, bruit, produit, …):

Nature des fonctions exercées ultérieurement :

Du………………… au ……………………. :

Du………………… au ……………………. :

La maladie a eu comme conséquence :

Un arrêt de travail 🞏 Un décès 🞏

Préciser la durée : ………..

Une hospitalisation 🞏 La prescription de soins 🞏 Autres 🞏

Préciser la durée : ………..

Fait à ….., le

L’autorité hiérarchique



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

**RAPPORT HIERARCHIQUE**

Des mesures de prévention ont-elles été prises : OUI 🞏 NON 🞏

Si oui, précisez lesquelles :

Avis motivé de l’autorité territoriale :

Décision de l’autorité territoriale sur l’imputabilité au service : Imputable 🞏 Non imputable 🞏

Demande d’expertise auprès d’un médecin agrée : OUI 🞏 NON 🞏

Saisine du conseil médical départemental: OUI 🞏 NON 🞏

*(Obligatoire si maladie hors tableau ou maladie*

*ne remplissant pas tous les critères du tableau)*

Fait à ….., le

L’autorité territoriale,