

## **DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

Vous êtes fonctionnaire territorial stagiaire ou titulaire CNRACL et vous êtes affecté par une maladie que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il convient **d'adresser** par tout moyen à l'autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l'établissement public une **déclaration de maladie professionnelle** 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 le fonctionnaire est **informé par certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle** ;
- ou, en cas **de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale** si le fonctionnaire est déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

**Si la maladie entraîne un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l'autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement.**

# FORMULAIRE DE DECLARATION MALADIE PROFESSIONNELLE

## (FONCTIONNAIRE CNRACL)

Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines  
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

### Etat civil de la victime

Nom et prénom de l'agent : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email.....

Numéro de Sécurité sociale : .....

### Situation administrative

Fonctionnaire :  titulaire  stagiaire

Durée hebdomadaire :

Temps complet  Temps non complet ..... (précisez la durée hebdomadaire)

Grade : .....

Service d'affectation : .....

Poste : .....

Date d'entrée dans les fonctions actuelles : .....

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom : .....

Adresse.....  
.....

Tél..... Email.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la déclaration :

..... Tel : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

**Date de la première constatation de la maladie** : .....  
 (figurant sur le certificat médical initial)

**Désignation de la maladie déclarée** : .....

**Numéro et titre du tableau correspondant à la maladie ou des maladies inscrite(s) aux tableaux des maladies professionnelles** prévus à l'article R.461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code (si votre médecin y fait référence):  
 .....

**Description du siège et de la nature de la ou des pathologies** (Indiquez la nature et les manifestations de la maladie que le médecin a constaté)  
 .....  
 .....  
 .....

**Etes-vous ?**           Droitier                                   Gaucher

**Situation professionnelle à la date de constatation de la maladie** (Occupez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés annuels, en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...).....  
 .....  
 .....

**Situation professionnelle dans les 12 mois précédents la date de constatation de la maladie** (Occupez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...).....  
 .....  
 .....

**Le cas échéant, date des arrêts de travail :**      du..... au.....  
   du..... au.....  
   du..... au.....  
   du..... au.....

**Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (s'il est connu)** (\* début et fin d'exposition au risque)

<b>Lieu d'exposition au risque</b> <i>(atelier, garage, piscine, crèche...)</i>	<b>Nature du risque</b> <i>(chimique, sonore, thermique,...)</i>	<b>Date de début*</b>	<b>Date de fin*</b>	<b>Employeur</b> <i>(en rapport avec la période d'exposition au risque)</i>

**Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition** (environnement de travail, tâche exécutée, geste effectué, etc.), décrivez en quoi ces situations de travail sont-elles liées à l'apparition de votre maladie :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle** (machine, appareil, produit ou substance utilisée ...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**En cas de rechute d'une maladie déjà reconnue imputable au service** (à remplir le cas échéant)

Date de survenance de la maladie initiale : .....

Date de la rechute : .....

Employeur ayant reconnu la maladie initiale.....

**Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'une maladie professionnelle**

- certificat médical de maladie professionnelle (obligatoire)
- témoignages
- 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(e) (nom, prénom).....

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)