

Pages à compléter et à transmettre au bureau des accidents de service/maladies professionnelles
RECTORAT - DRH - 7 Place Bir-Hakeim - CS81065
38021 GRENOBLE CEDEX 1

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE HORS TABLEAUX

Date de la première constatation médicale de la maladie : /.... /.....

Désignation de la maladie inscrite sur le certificat médical initial :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Tel personnel : Mail personnel :

Coordonnées administratives :

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :
.....

Tél professionnel : Mail professionnel :

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C

Corps : Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

Métier / Fonction : Date d'entrée sur le poste :

Activité habituelle :

- Bureau Atelier/Terrain Enseignement
 Laboratoire Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Circonstances de l'apparition des troubles (événements, circonstances détaillées...) :

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

Éléments éventuellement associés à la maladie professionnelle :

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

Description et nature de la ou les pathologies

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

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

ATTESTATIONS DE TEMOINS OUI NON

Les personnels de santé ou de secours ne peuvent être cités comme témoins

Dans l'**affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

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

Date : Signature du/des témoins :

Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins directs, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle la maladie professionnelle a été signalé en indiquant ses coordonnées :

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

Date : Signature du/des témoins :

Je soussigné (prénom et nom)
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)

En application de l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, de l'article 47-8 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et de l'article R. 461-8 du code de la sécurité sociale, une maladie non désignée dans un tableau de maladies professionnelles ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité au service. L'agent doit établir qu'elle est essentiellement et directement causée par son activité professionnelle. La maladie professionnelle doit entraîner une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 %. Si le taux prévisible n'atteint pas 25 %, la maladie n'est pas reconnue imputable au service, l'agent n'est pas placé en CITIS et les honoraires et frais médicaux ne sont pas pris en charge.