



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez 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 entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement



MALADIES CONTRACTEES 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



Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance CHAILLONX Nom d'usage CHAILLONX

Prénom Sébastien

Date de naissance 14.01.85

N° Sécurité sociale : 1 85 01 16 37 40 41 16

Adresse personnelle 5 chemin du Clerc 16560 AUSSAC -

VADALLE

Tel personnel

Mail personnel

chaillox.sebastien@orange.fr

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation

technique mairie

Adresse du service d'affectation

61 rue de la République

16560 AUSSAC - VADALLE

Tel professionnel 05 45 20 61 60

Mail professionnel

mairie@aussac-vadalle.fr

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☒ Titulaire

Catégorie ☐ A ☐ B ☒ C

Corps :

Grade :

Adjoint technique territorial
Principal de 2ème classe

Quotité de travail : 100 %

Précisez les jours travaillés : lundi - mardi - mercredi - jeudi - vendredi

Métier / Fonction : agent technique Date d'entrée sur le poste : 21/12/2011

Activité habituelle :

☐ Bureau

☒ Atelier/terrain

☐ Enseignement

☐ Laboratoire

☐ Autre (à préciser) :



Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la maladie Syndrome du canal carpien

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 II de ce code : S5 C

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

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

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition
(*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

.....
Agent polyvalent / espaces verts, entretien des bâtiments ...)
Travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements
répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de
préhension de la main, soit un appui carpien, soit une
pression prolongée ou répétée sur le talon de la main.
.....
.....
.....
.....

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

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



Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement

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

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

Date de la première constatation médicale de la maladie : ...23... 09... 21...

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

Attestations de témoins éventuels

☐ Oui

☒ Non

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....
.....

Pièces jointes

☐ Certificat médical (*obligatoire*)

☐ Témoignages

☐ Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

☐ 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 (prénom et nom) Sébastien CHAILLOUX
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à : AUSSAC - VADALLE

Le (date de déclaration) : ...23... 09... 2021

Signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

Chailloux