



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

**Déclaration de maladie professionnelle**  
*Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat*

- Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés)

- Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an.

**Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des établissements d'enseignements supérieur...).**

**A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES PAR LA VICTIME**

**DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**TYPE DE MALADIE** (cocher la case correspondante) :

|                          |                         |                          |                                                  |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Maladie professionnelle | <input type="checkbox"/> | Maladie contractée dans l'exercice des fonctions |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

Mme  M.

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Nom de naissance : | Nom d'épouse : |
| Prénoms :          |                |

Situation familiale :  célibataire  marié (e)  pacsé (e)  séparé (e)  divorcé (e)  veuf (ve)

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro INSEE : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse personnelle :

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville

Téléphone : ou

Adresse électronique (facultatif) :

**STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :**

stagiaire     titulaire     non titulaire     Maître à titre définitif     A     B     C

**CORPS DISCIPLINE FONCTION** (en toutes lettres) :

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :**

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville

Téléphone professionnel :

Adresse électronique professionnelle :

**Date d'affectation dans le poste occupé au moment de la constatation de la maladie :**

**DEPOSITION DE L'AGENT DECRIVANT DE MANIERE PRECISE L'ACTIVITE EXERCEE :**

***Joindre une attestation sur l'honneur et la fiche de poste établie par le supérieur hiérarchique <sup>1</sup>***

*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, ...:*

*machine, outil ou produits utilisés, etc... :*

*tâche exécutée, geste effectué, ... :*

**DESCRIPTION DU SIEGE ET DE LA NATURE DE LA OU DES PATHOLOGIES :**

***Fournir obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les pathologies***

sans arrêt de travail     avec arrêt de travail     décès immédiat

**<sup>1</sup> joindre à la déclaration, le rapport hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent**

---

L'agent a-t-il déjà été victime d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ou d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ?  NON  OUI

L'agent est-il bénéficiaire d'une ATI  NON  OUI Si oui, joindre une copie de la notification de l'ATI

|                                                                          | 1 <sup>er</sup> accident ou MP | 2 <sup>ème</sup> accident ou MP | 3 <sup>ème</sup> accident ou MP | 4 <sup>ème</sup> accident ou MP |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Date                                                                     |                                |                                 |                                 |                                 |
| Précisez la(es) lésion(s)                                                |                                |                                 |                                 |                                 |
| Incapacité partielle permanente en %                                     |                                |                                 |                                 |                                 |
| Etablissement d'affectation lors de l'accident :<br>Académie/nom/adresse |                                |                                 |                                 |                                 |

**Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent)**

sollicite le bénéfice des dispositions (*raier les mentions inutiles*) :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ....., le

**Signature de l'agent**

Fait à ....., vu et pris connaissance le

**Nom, Prénom, qualité, du supérieur hiérarchique** (chef d'établissement, chef de service ou inspecteur de l'éducation nationale) :

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique :**

**Merci de joindre à la présente déclaration, un rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent. En cas de réserve sur la déclaration de maladie professionnelle, expliciter les arguments.**

NB : « La loi rend passible d'amende et /ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations » (article L114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 et suivants du Code pénal)