Remplir tous les champs et cocher les cases correspondant à votre situation

Ministère de la Culture
et de la Communication

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

EMPLOYEUR

Service : .....
Adresse : . .....
Nom et qualité du chef de service : .....
.....Tèl. : .....

VICTIME

N° de sécurité sociale

Nom : ..... Prénoms : .....
Nom de jeune fille : ..... Nationalité : .....
Date et lieu de naissance : .....
Adresse personnelle : .....tél : .....
Situation de famille : célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcée ☐
Nombre d'enfants : ..... Ages : .....

SITUATION ADMINISTRATIVE

Grade : (obligatoire) ..... Échelon : ..... Indice net majoré : .....
.....
Qualité : titulaire ☐ auxiliaire ☐ contractuel ☐ date de recrutement : .....

MALADIE PROFESSIONNELLE

Date de la 1er constatation médicale : .....

Siège des lésions (préciser droite ou gauche) : .....

Nature des lésions : .....
.....
Relation avec la profession : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quand a-t-elle consulté un médecin ? : .....

Pièces à joindre à la déclaration :

- **certificat médical**
- **rapport écrit du médecin de prévention**

Vu et transmis le .....

A ....., le .....

Signature et tampon du chef de service de l'agent accidenté
(obligatoire)

Signature de l'accidenté
(obligatoire)