

Déclaration de maladie professionnelle inscrite au tableau des maladies professionnelles

Demande motivée de reconnaissance de maladie professionnelle hors tableau

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

à transmettre à :

D.S.D.E.N. des Yvelines
service DRH4-AT
BP 100
78053 ST QUENTIN-en-YVELINES cedex

- Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)
- Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Le soussigné, déclare être atteint de (ou que la victime est atteinte de) :

DATE DE LA PREMIERE CONSTATION MEDICALE DE LA MALADIE : |_|_|_|_|_|_|_|_|
(ou éventuellement de l'arrêt de travail)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme M. Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

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 contractuel Enseignant du Privé

A B C

FONCTIONS EXERCEES (en toutes lettres) :

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

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE - Nom et adresse du lieu d'affectation :

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

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DEPOSITION DE L'AGENT DECRIVANT L'ACTIVITE EXERCEE : (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, etc..., tâche exécutée, geste effectué, machine, outil ou produits utilisés, etc...)

A compléter par la fiche de poste établie par le supérieur hiérarchique

.....

DUREE DE L'EXPOSITION

Nom et adresse des employeurs ou des établissements <i>(Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie)</i>	Période		Poste occupé
	du	au	
.....	... / ... / / ... /
.....	... / ... / / ... /
.....	... / ... / / ... /
.....	... / ... / / ... /
.....	... / ... / / ... /

Accidents ou maladies professionnelles antérieurs	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent)
sollicite le bénéfice des dispositions :

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, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 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'accidenté(e)

Fait à, le |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

PIECES A JOINDRE

- Certificat médical original – volets 1 et 2 du cerfa 11138
- Pour chaque poste occupé, joindre rapports, témoignages, dépositions des supérieurs hiérarchiques, et des collègues établissant la preuve de l'existence d'un lien avec le service