



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Landes



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^{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

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 universités...).

**SERVICE DES PERSONNELS
NON ENSEIGNANTS,
DES AFFAIRES MEDICALES
ET JURIDIQUES (S.P.A.J.)
Bureau des Affaires
médicales**

Téléphone 05 58 05 66 66
Poste 624
Fax 05 58 75 30 27

**5, avenue Antoine Dufau
BP 389
40012 Mont de Marsan
Cedex**

**Formulaire à transmettre
A la D.S.D.E.N. des
LANDES
Bureau des Affaires
médicales
BP 389
5 rue Antoine Dufau
40012 MONT DE
MARSAN cedex**

- Accompagné du certificat médical initial original établi sur imprimé CERFA d'accident du travail / maladie professionnelle (volets 1 et 2)

- Avec les pièces originales justifiant la réalité des faits invoqués (voir page 3)

DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme Mlle 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 (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 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 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 hiérarchique¹

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

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

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 ? OUI NON Si oui :

	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,
- 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, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

(En cas de réserve, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.)

¹ Joindre à la déclaration le rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent

NOTICE : DECLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Une maladie professionnelle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession.

La déclaration doit être établie par la victime dès la constatation de la maladie.

Le dossier doit comporter :

- la déclaration et la demande de reconnaissance de maladie professionnelle de l'agent
- le certificat médical initial
- le rapport du supérieur hiérarchique

L'avis du médecin de prévention et les conclusions d'un médecin expert seront demandés par les services administratifs. Le dossier est ensuite présenté à l'avis de la commission de réforme.

Le médecin de prévention remet un rapport pour les dossiers soumis à demande d'avis sur l'imputabilité au service. Pour les maladies professionnelles, c'est à partir de la fiche de poste ou de l'attestation de fonctions établie par le supérieur hiérarchique, que le médecin de prévention met en évidence les travaux effectués par l'agent ou les gestes cités au tableau en cause. Dans son certificat, il doit permettre de rattacher, si c'est le cas, les tâches effectuées par l'agent (décrites dans la fiche de poste), à la liste du tableau des maladies professionnelles.

De même, lorsque le tableau des M.P. met en cause des produits chimiques (inhalations, exposition...), le médecin devra indiquer dans son certificat que l'agent pathogène entre bien dans la composition des produits utilisés par l'agent dans le cadre de ses fonctions ou que le produit a bien été identifié sur le lieu de travail de l'agent.

PIECES OU ELEMENTS A FOURNIR :

- Imprimé de déclaration de maladie professionnelle.
- Demande explicite par l'agent de reconnaissance de maladie professionnelle, précisant la nature, les particularités de la fonction exercée et la relation avec l'affection constatée (sur papier libre).
- Certificat médical initial original (volets 1 et 2) descriptif de la maladie, des lésions ou des symptômes, précisant le numéro du tableau annexé au code de la Sécurité Sociale.
- Et si la date de constatation de la maladie est différente de la date du certificat initial :
 - Certificat médical attestant la première constatation médicale de la maladie professionnelle
 - Certificat médical de prolongation d'arrêt de travail et/ou de soins, de date à date (original des volets 1 et 2)
- Certificat médical de reprise d'activité (original des volets 1 et 2)
- Certificat final de guérison ou de stabilisation (original des volets 1 et 2)
- Rapport détaillé du supérieur hiérarchique précisant :
 - le(s) poste(s) de travail de l'intéressé(e),
 - les tâches effectuées
 - les particularités de la fonction exercée,
 - les produits utilisés
 - l'ancienneté de l'agent dans cette fonction.(ce rapport peut être envoyé directement au service par le supérieur hiérarchique)
- Fiche de poste de l'agent, et s'il y a lieu, les fiches de postes antérieures.

La prise en charge des FRAIS MEDICAUX directement entraînés par une maladie professionnelle n'est accordée qu'après décision favorable de l'administration de la reconnaissance de maladie professionnelle.