



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

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

RECTORAT DE LYON – DBF4
92 rue de Marseille
BP 7227
69354 LYON CEDEX 07

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).

DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE :

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme

M.

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénoms :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| et lieu 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

A

B

C

CORPS GRADE DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

.....

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

.....

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...) :

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

