

Pages à compléter et à transmettre au Service Mutualisé de l'Enseignement Privé 1 er degré
SMEP-1D à la DSDEN de l'Ardèche – Place André Malraux – BP 627 – 07006 PRIVAS CEDEX

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° Sécurité sociale :

Adresse personnelle

.....

.....

Tel personnel Mail personnel.....

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation

Adresse du service d'affectation

.....

.....

Tel professionnel Mail professionnel

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C

Corps : Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

Métier / Fonction : Date d'entrée sur le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Enseignement

Laboratoire Autre (à préciser) :



Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

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

Date de la première constatation médicale de la maladie :

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du au

du au

du au

Attestations de témoins éventuels

Oui

Non

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....
.....

Pièces jointes

Certificat médical (*obligatoire*)

Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Pli confidentiel – secret médical (à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »)

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

Autres documents médicaux (*copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister*)

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

Je soussigné (prénom et nom)
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (*date de déclaration*) :

Signature de l'agent

(*ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu*)

