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

- Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1er et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er 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…).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE :

|__|__| |__|__| |__|__|__|__|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

❑ Mme ❑ M.

Nom de famille : ……..
Nom d'usage : ……...
Prénoms : ……

Situation familiale *(facultatif)* : ❑ 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 hiérarchique [1]

……..
……..
……..
……..
……..
……..

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 :

	1er accident ou MP	2ème accident ou MP	3ème 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'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**
Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).
Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).