



## DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous – même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre au bureau des accidents de service,

**Par courrier**

**DSDEN du Rhône  
DPA 2  
21 rue Jaboulay  
69309 Lyon cedex 07**

**ou par courriel**

**[ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr](mailto:ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr)**

une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que , s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie ;
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle.
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

**△ Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail △  
dans le délai de 48h suivant son établissement.**

### **MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE**

*Article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

### **COMMENT COMPLÉTER LE FORMULAIRE**

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu, la période d'exposition (du...au...)

Fiche d'exposition au risque : (article L. 4163-1 du code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrite au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

***N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles***

Document à compléter et à transmettre **par voie postale** à la DSDEN du Rhône – DPA 2 – 21 rue  
Jaboulay – 69309 Lyon Cedex 07  
ou **par courriel** à l'adresse : [ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr](mailto:ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr)

N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle  
volet n°1

## DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom de naissance :  Nom d'usage :

Prénom :  Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

Courriel personnel :

### **COORDONNEES ADMINISTRATIVES**

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel :  Courriel professionnel :

### **STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT**

public  privé sous contrat  Non enseignant  Enseignant  1er degré  2nd degré

Stagiaire  Titulaire  Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie :  A  B  C

Corps :  Grade :

Spécialité :

Quotité de travail :  Jours travaillés :  L  M  M  J  V  S

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

Activité habituelle :

Bureau  Atelier / Terrain  Enseignement  Laboratoire

Autre (à préciser) :

## **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

Désignation de la maladie :

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R, 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code :

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu*) :

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*)

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

**Indiquez 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

**Attestation 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)