



**DEMANDE DE RECONNAISSANCE
DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

Article 37-2 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987
([Dossier à remettre au médecin de prévention/du travail](#))

I – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement :

Adresse :

Dossier suivi par :

Téléphone : Courriel :

Renseignements concernant l'agent

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Statut et activités de la victime

Stagiaire Titulaire Catégorie : A B C

Grade :

Temps complet Temps non complet >28h Temps partiel :%

Métier / Fonction :

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Petite enfance Cuisine

Autre :

II – MOTIFS DE LA DEMANDE

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies (indiquer les manifestations de la maladie que vous souhaitez porter à la connaissance de l'autorité territoriale) :

Date de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie :/...../.....

Nom et adresse du médecin traitant :

Indiquer de manière précise les raisons conduisant à la demande de reconnaissance d'imputabilité au service de la maladie (lieu du risque, tâches exécutées, gestes effectués, environnement de travail, matériel et/ou machine et/ou produits utilisés :

Arrêts de travail : oui non

Si oui, indiquez les périodes : du au
du au
du au

Avez-vous déjà bénéficié de soins : oui non

Si oui, lesquels :

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) : oui non

Si oui, dates : du au
du au

Pièces à joindre obligatoirement

- Certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de la maladie
- Résultats des examens prescrits par les tableaux (sous pli confidentiel), si la maladie est inscrite aux tableaux (art L. 461.1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale)

Pièces utiles à l'instruction du dossier pouvant être jointe à la déclaration de maladie professionnelle

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiches d'exposition aux risques | <input type="checkbox"/> Témoignages écrits |
| <input type="checkbox"/> Photos | <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) | <input type="checkbox"/> Résultats d'examens médicaux (sous pli confidentiel) |

Fait à le
Signature de l'agent :

III – RAPPORT CIRCONSTANCIE DE L’AUTORITE HIERARCHIQUE

Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d’appréciation nécessaire à la DRH. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l’imputabilité au service de la maladie.

Date d’entrée de l’agent dans la collectivité :/...../.....

Nature des fonctions exercées dans la collectivité :

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

Horaires de travail :

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

Le fonctionnaire est-il susceptible d’assurer des astreintes : oui non

Si oui, fréquence et durée :

.....

Avis sur l’exposition au risque et la nature du risque :

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

Avis sur la description des troubles et des circonstances de leur apparition :

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

Avis sur les éléments matériels éventuellement associés à la maladie professionnelle (machine, appareil, bruit, produit,...) :

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

Fait à le

Signature de l’autorité hiérarchique :

IMPORTANT : en application de l’article 37-4 du décret du 30/07/1987, l’autorité territoriale peut solliciter une expertise auprès d’un médecin agréé. Cette expertise est vivement recommandée pour favoriser la bonne instruction du dossier, et à éclairer utilement chacun des intervenants dans leur appréciation du cas présenté.