

## 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 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> 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 <u>2 EXEMPLAIRES</u> ET A RETOURNER AU RECTORAT DE STRASBOURG DPAE 4 AT SOUS COUVERT DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

DATE DE LA 1ère CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE:				
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :				
□ Madame □ Monsieur				
Nom de naissance :				
Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)				
Date de naissance :   _        Lieu de naissance :				
Numéro d'agent (NUMEN) :				
Numéro INSEE :   _ _ _ _ _ _ _ _				
Adresse personnelle :				
Code postal   _ _ Ville				
Téléphone :    _ _ _ _  ou portable   _ _ _ _ _ _				
Adresse électronique personnelle :@@				
STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :				
Pers. administratif  stagiaire litulaire non titulaire maître à titre définitif (privé) A B C  dont maitre délégué privé				
CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres, ex: professeur certifié EPS, SAENES gestionnaire) :				
SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :				
IEN deSi école primaire : EM ou EE				
Nom et adresse du lieu d'affectation :				
Code postal   _ _  Ville				
Depuis le				
Adresse électronique professionnelle :@				

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de la constatation de la maladie : |\_\_|\_| |\_\_| |\_\_|

<u>DEPOSITION DE L'AGENT DECRIVANT L'ACTIVITE EXERCEE (</u> environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, etc tâche exécutée, geste effectué, machine, outils ou produits utilisés, etc) :				
escaller, laboratorie, etc tacrie executee, geste effectue, macrime, outils ou produits utilises, etc				
Maladie professionnelle (cocher la case correspondante) ☐ sans arrêt de travail ☐ avec arrêt de travail				
L'agent a-t-il déjà été victime d'un accident de service ou du travail ou déclaré une maladie professionnelle ? □ OUI □ NON				
Si oui :	1 <sup>er</sup> 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)				
Fait à, le  _				
Signature de l'agent				
Fait à, le  _				
Nom, prénom, signature et timbre du supérieur hiérarchique				
Joindre à la déclaration, le rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent En cas de réserve, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.				

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)