

**Inspection  
Académique**

Division des Personnels  
Administratifs, Techniques  
et d'Encadrement  
DIPATE 4  
Accidents de travail

☎ 01 64 41 30 83

☎ 01 64 41 39 61

Mél.

[ce.77dipate@ac-creteil.fr](mailto:ce.77dipate@ac-creteil.fr)

Cité administrative  
Pré Chamblain  
77010 Melun Cédex

Dossier n° ...../....

**Formulaire à  
envoyer  
en  
2 exemplaires  
(1 original + 1 copie)  
à  
DIPATE 4**

**en format A3  
recto-verso**

**accompagné :**

- du certificat  
médical initial  
original  
(volets 1 et 2)

**DECLARATION  
DE MALADIE PROFESSIONNELLE  
D'UN FONCTIONNAIRE STAGIAIRE ou TITULAIRE**

**ADRESSE PROFESSIONNELLE DU DERNIER POSTE OCCUPE**

Etablissement \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / Ville \_\_\_\_\_

☎ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME \***

**Renseignements personnels**

Melle  Mme  M.

NOM \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /

Adresse \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / Ville \_\_\_\_\_

☎ personnel / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

**Renseignements administratifs**

**NUMEN OBLIGATOIRE** / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

N° Sécurité sociale / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /  
**à renseigner obligatoirement**

**Catégorie de l'agent\* :**

Titulaire  Stagiaire  A  B  C

Si l'agent est stagiaire joindre copie de l'arrêté de stagiairisation

**CORPS, GRADE ET DISCIPLINE en toutes lettres :**

CORPS, GRADE \_\_\_\_\_

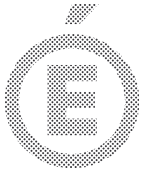
DISCIPLINE :  EPS  autre discipline, préciser : \_\_\_\_\_

**CLASSES :**

- enseignement pré-élémentaire
- enseignement élémentaire
- enseignement en collège
- enseignement général et technologique en lycée
- enseignement post baccalauréat en lycée
- enseignement professionnel sous statut scolaire
- aide à l'insertion professionnelle

\* cocher la ou les cases correspondantes.

**CONSTATATION DE LA MALADIE**



Page 2

**Maladie Professionnelle déclarée le**                    /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

**L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou plusieurs accident(s) de travail ou de maladie professionnelle ?**

Oui  Non

Si oui, date(s) et nature du(des) précédents(s) accident(s) ou de maladie professionnelle :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Taux d'incapacité permanente éventuelle (IPP) /\_\_/ % à la suite de cet(s) accident(s) ou maladie professionnelle.

**HISTORIQUE DE LA CARRIERE**

**Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)**

| Nom et adresse des employeurs | Période |    | Poste occupé |
|-------------------------------|---------|----|--------------|
|                               | du      | au |              |
|                               |         |    |              |
|                               |         |    |              |
|                               |         |    |              |
|                               |         |    |              |
|                               |         |    |              |

(1) **Joindre** obligatoirement la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois et/ou arrêtés de nomination.

**NATURE DE LA MALADIE**

Je déclare être atteint de :

\_\_\_\_\_

**DATE DE LA 1ère CONSTATATION MEDICALE** /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ (1)

Avec arrêt de travail                     Sans arrêt de travail

(1) **Joindre** le certificat médical initial (volets 1 et 2), le(s) compte(s)-rendu(s) d'examen, de radiographie, d'IRM ou autre(s) examen(s) en votre possession depuis l'apparition des premiers symptômes.

**Le médecin de prévention devra me communiquer son rapport concernant votre situation.**

Si vous l'avez déjà vu, ou si vous devez le rencontrer prochainement, préciser ci-après son nom et la date de votre rendez-vous

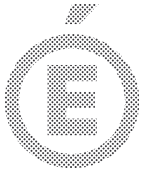
NOM du médecin de prévention : \_\_\_\_\_

Date du rendez-vous :                    /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

**Je soussigné(e)**, (nom, prénom du déclarant) \_\_\_\_\_  
**certifie sur l'honneur l'exactitude des clauses et circonstances ci-dessus désignées.**

Fait le                    /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/                    à \_\_\_\_\_

Signature du déclarant



**NOM - Prénom** \_\_\_\_\_

**Qualité  
du supérieur hiérarchique :** \_\_\_\_\_

Page 3

**RAPPORT DU CHEF d'ETABLISSEMENT (\*)**

Vous voudrez bien indiquer ci-après :

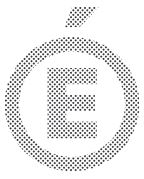
- 1) L'emploi du temps de l'intéressé
- 2) la nature des tâches effectuées en précisant si le poste occupé :
  - entraîne le port de charges lourdes,
  - implique le contact avec des produits ou matières pouvant entraîner des risques de maladie
  - donne lieu à des mouvements répétés ou forcés
- 3) la période durant laquelle l'intéressé a été soumis aux risques lésionnels.

(\*) **Joindre** la fiche du dernier poste occupé et la photocopie des descriptifs des produits utilisés.

**1) EMPLOI DU TEMPS**

**2) NATURE DES TACHES EFFECTUEES  
ayant pu provoquer cette maladie**

**3) PERIODE DURANT LAQUELLE L'INTERESSE A ETE SOUMIS AUX RISQUES**



Page 4

**4) OBSERVATIONS PARTICULIERES**

**Signature du supérieur hiérarchique**  
Signature de l'IEN pour les écoles

**Cachet du service**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET EST RETOURNE SYSTEMATIQUEMENT A L'EXPEDITEUR**