

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE LILLE  
DIVISION DES PRESTATIONS AUX PERSONNELS  
BUREAU DES ACCIDENTS ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Déclaration d'accident de service, du travail ou de maladie professionnelle  
notice explicative à conserver par la victime

**La déclaration d'accident de service** pour les fonctionnaires titulaires ou stagiaires qui demandent l'octroi des garanties prévues par l'article 34-2° 2ème alinéa de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984, ou du travail pour les agents non-titulaires désireux de bénéficier des dispositions du livre IV du code de la Sécurité Sociale, **est remplie, signée et datée par la victime (sauf empêchement majeur); elle doit être visée par le supérieur hiérarchique immédiat** et transmise, sous pli confidentiel, par la voie hiérarchique.

Il est bien sûr toujours possible, si nécessaire, de préciser ou de compléter ultérieurement sur papier libre, les éléments relatifs aux circonstances de l'accident et témoignages mentionnés dans la déclaration initiale.

L'imputabilité de l'accident au service ou au travail étant appréciée sur dossier, la déclaration doit être remplie soigneusement et complètement et notamment faire état de tout élément et toute pièce justificative de nature à établir le lien de causalité entre l'accident et le service : témoignages oculaires, à défaut attestations des premières personnes auxquelles l'accident a été relaté, certificat médical initial (original) **indiquant la nature et le siège des lésions** ainsi que, éventuellement, la durée d'incapacité de travail et des soins, établi à la suite de l'accident, de préférence **le jour même**. Toute déclaration incomplète retarde l'instruction du dossier et peut conduire à un refus de prise en charge faute d'éléments d'appréciation suffisants.

I - Pièces à fournir

**1 - Pièces à fournir pour un accident de service ou du travail à l'appui de la déclaration :**

- ✓ Certificat médical initial original descriptif des lésions (volet 1)
- ✓ Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité
- ✓ Un RIB
- ✓ Tous les éléments médicaux en rapport avec l'accident (comptes rendus d'examen, rapports, courriers...)

**2 - Pièce complémentaire à fournir pour un accident survenu hors du lieu de travail habituel :**

- ✓ Ordre de mission, convocation ou justificatif du supérieur hiérarchique spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet de l'activité de service hors du lieu de travail habituel

**3 - Pièces complémentaires à fournir pour un accident survenu lors du trajet aller ou retour entre le domicile et le lieu de travail ou le lieu de travail et le lieu habituel des repas :**

- ✓ Copie de la carte routière ou d'un plan de ville sur lequel seront reportés, selon le cas : le domicile, le lieu de travail, le lieu habituel des repas et le lieu de l'accident, ainsi que le trajet habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent
- ✓ Déclaration sur l'honneur précisant que le trajet emprunté est le trajet habituel
- ✓ Copie du constat amiable
- ✓ Copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers (le cas échéant)

**4 - Pièces à fournir pour une demande de reconnaissance de maladie professionnelle :**

- ✓ Certificat médical initial original descriptif de la maladie ou des symptômes précisant le numéro du tableau annexé au code de la Sécurité Sociale
- ✓ Profil de poste détaillé, établi et signé par le supérieur hiérarchique précisant la nature des travaux effectués, la fréquence des mouvements, le matériel utilisé...
- ✓ Relevé de carrière établi par la victime depuis l'entrée dans la vie active, y compris dans le privé (sous forme chronologique avec mention des lieux d'exercice et une description succincte des postes occupés)

II - Prise en charge des frais médicaux et des soins directement entraînés par l'événement

**Ne pas utiliser la carte Vitale.**

**1 - En cas d'accident :**

La délivrance par l'administration du « certificat de prise en charge » directe des frais d'accident ne préjuge pas de la décision qui sera prise au terme de l'instruction du dossier. En cas de refus de prise en charge de l'accident ou de dossier incomplet du fait de l'agent, les frais seront à la charge de la victime et il lui appartiendra d'en demander le remboursement à sa caisse de Sécurité Sociale dans le cadre de l'assurance maladie.

Les feuilles de soins et les ordonnances établies par les professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien...) seront adressées avec leurs coordonnées bancaires et n° SIRET pour le règlement au Rectorat.



Les frais engagés par l'agent sont remboursés sur présentation des feuilles de soins portant la mention « acquitté » et des ordonnances originales accompagnées des coordonnées bancaires.

**2 – En cas de demande de reconnaissance de maladie professionnelle :**

La prise en charge n'est accordée qu'après décision favorable de l'administration. **Le « certificat de prise en charge » n'est pas délivré.**

**3 – En cas de rechute :**

La prise en charge n'est accordée qu'après décision favorable de l'administration. **Le « certificat de prise en charge » n'est pas délivré.**

III - Informations diverses
-----------------------------

- 1 - La réparation de l'accident ne concerne que les dommages corporels.
- 2 - Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires victimes d'un accident de service ou de trajet reconnu imputable au service par l'administration ont droit :
  - ✓ à un congé rémunéré à plein traitement jusqu'à ce qu'ils soient en état de reprendre leur service ou jusqu'à leur mise à la retraite pour les fonctionnaires titulaires, ce congé ne pouvant excéder 5 ans pour les fonctionnaires stagiaires.
  - ✓ à la prise en charge des honoraires médicaux et des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins.  
Lorsque les frais sont supérieurs au tarif conventionné et dans la limite de 170 %, l'administration peut éventuellement les prendre en charge dans la mesure où ils ont fait l'objet d'une prescription médicale du praticien et qu'ils sont en relation directe avec l'accident de service ou de trajet. Lorsque ces frais sont supérieurs à 170 % du tarif sécurité sociale, le fonctionnaire doit prouver qu'ils sont médicalement utiles, c'est-à-dire nécessaires à l'amélioration de son état de santé ; dans le cas contraire, la prise en charge est limitée à 170 % du tarif de la sécurité sociale.  
Des expertises médicales sont diligentées par l'administration.
- 3 - Les agents non-titulaires de l'État victimes d'un accident du travail ou de trajet dont le caractère professionnel est reconnu ont droit :
  - ✓ à un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant la guérison ou la consolidation. Durant ce congé, ils perçoivent des indemnités journalières.
  - ✓ à la prise en charge, selon les tarifs de la Sécurité Sociale, des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins.  
Des expertises médicales sont diligentées par l'administration.

IV - Droit d'accès et de rectification
--

Les informations que vous porterez sur l'imprimé de déclaration seront saisies dans une application informatique.

Conformément aux articles 32, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous êtes expressément avisé(e) :

- 1 - que les informations demandées présentent un caractère obligatoire. A défaut d'y répondre, vous vous exposez à retarder l'examen de votre demande, voire, si vous persistez dans votre refus, à un rejet de votre requête, faute d'éléments d'appréciation suffisants ;
- 2 - que vous avez la possibilité, sur demande écrite de votre part, d'obtenir, soit par courrier, soit par consultation sur place, la communication des informations vous concernant auprès du bureau gestionnaire ;
- 3 - qu'à la suite de l'exercice de votre droit d'accès, vous avez la possibilité de solliciter la rectification de toute donnée erronée. Celle-ci sera mise à jour dès réception de votre demande de rectification écrite et motivée, et, si vous le désirez, un nouvel état récapitulatif des informations vous concernant vous sera adressé par ce même bureau ;
- 4 - enfin, que les informations enregistrées pourront être communiquées, dans la limite des besoins inhérents à la gestion de votre dossier d'accident ou de maladie, au médecin agréé de l'administration, au médecin de prévention, aux membres des comités médicaux, aux services de gestion du personnel, et, si vous êtes en position de détachement, au service qui assure votre rémunération.

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 originellement 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).

# ACADEMIE DE LILLE



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Adresse du service chargé du règlement des prestations :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE LILLE  
Division des Prestations aux Personnels  
Bureau des accidents professionnels  
20 rue Saint-Jacques – BP 709  
59033 LILLE CEDEX

## CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE (1/2)

A remettre à la victime

*Ce certificat ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.*

*Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.*

*Ce document ne doit pas être délivré aux agents 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...).*

Je soussigné(e)

M .....

Fonction .....

certifie que

M.....

Fonction/grade .....

a été victime d'un accident de service ou du travail le .....

**L'intéressé(e) <sup>1</sup>:**

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

- **agent non titulaire de l'Etat**, relève 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,

- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2<sup>nd</sup> degrés** relève 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, en application de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le décret 2005-1404 du 15 novembre 2005.

Fait à ....., le .....

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles



## INFORMATIONS RELATIVES AU CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE (2/2)

**Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent  
aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais**

*Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la  
feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).*

**EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE**

↳ LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les  
professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE **UNIQUEMENT AU SERVICE CHARGE  
DU REGLEMENT DES PRESTATIONS** à l'adresse suivante :

**Rectorat de l'Académie de Lille  
Division des Prestations aux Personnels  
3<sup>ème</sup> Bureau**

**20 rue Saint-Jacques – BP 709  
59033 LILLE CEDEX**

↳ LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES  
ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES, DES COORDONNEES  
BANCAIRES ET DU N° SIRET DU PRESTATAIRE

↳ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement  
prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.



## Déclaration d'accident de service, du travail ou de rechute

*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 2 EXEMPLAIRES A L'ENCRE BLEUE**

**DATE DE L'ACCIDENT :** |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_| | **DATE DE LA RECHUTE :** |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|

**TYPE D'ACCIDENT** (cocher la case correspondante) :

<input type="checkbox"/> Accident sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/> Accident de trajet	<input type="checkbox"/> Accident en mission
--	---	--

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

Mme       Mlle       M.

Nom de naissance : .....	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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ou |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse électronique : .....@.....

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

stagiaire     titulaire     non titulaire     Maître à titre définitif     A     B     C

**GRADE DISCIPLINE FONCTION** (en toutes lettres) : .....

**NOM ET ADRESSE DU LIEU D'AFFECTATION** (le cas échéant indiquer l'établissement de rattachement) : .....

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville.....

Téléphone professionnel : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse électronique professionnelle : .....@.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

Date de l'accident : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| Heure de l'accident : |\_\_| |\_\_| h |\_\_| |\_\_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :**

Matin	Après-midi	Soir
de ..... h ..... à ..... h .....	de ..... h ..... à ..... h .....	de ..... h ..... à ..... h .....
de ..... h ..... à ..... h .....	de ..... h ..... à ..... h .....	de ..... h ..... à ..... h .....

**QUOTITE DE SERVICE** (en pourcentage si travail à temps partiel).....

**LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :** .....

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT OU DE LA RECHUTE** (*lieu, tâche exécutée, geste effectué...*) *A rédiger sur papier libre si nécessaire :* .....

**PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :**

*Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :*

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ?  OUI  NON

- heure de départ du domicile : |\_\_| |\_\_| h |\_\_| |\_\_|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |\_\_| |\_\_| h |\_\_| |\_\_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ?  OUI  NON

- heure de départ du lieu de travail : |\_\_| |\_\_| h |\_\_| |\_\_|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |\_\_| |\_\_| h |\_\_| |\_\_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ?  OUI  NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? .....

Combien de temps dure le trajet : |\_\_| |\_\_| h |\_\_| |\_\_|

Si le trajet a été détourné, motifs : .....

Si le trajet a été interrompu, motifs : .....

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ?  AVANT  APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ? .....

**SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS** (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'assurance : .....

N° de police : .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ?  OUI  NON

*Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.*



**NATURE DE L'ACCIDENT :**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet           | <input type="checkbox"/> manutention                  | <input type="checkbox"/> heurt (meuble...) |
| <input type="checkbox"/> projection        | <input type="checkbox"/> explosion               | <input type="checkbox"/> agression                    | <input type="checkbox"/> contact           |
| <input type="checkbox"/> glissade          | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique |  |
| <input type="checkbox"/> autre .....       |  |   |  |

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

**LES BLESSURES OU LESIONS SONT LES SUIVANTES :**

**DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :**    |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

*Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.*

- sans arrêt de travail     avec arrêt de travail     décès immédiat

**SIEGE DES LESIONS** (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Tête</b> (préciser)   | <input type="checkbox"/> <b>Visage</b> (préciser)   | <input type="checkbox"/> <b>Yeux</b><br><input type="checkbox"/> oeil droit<br><input type="checkbox"/> oeil gauche  | <input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b><br><input type="checkbox"/> mâchoire inférieure<br><input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur :</b><br><input type="checkbox"/> épaule<br><input type="checkbox"/> bras<br><input type="checkbox"/> avant bras<br><input type="checkbox"/> coude<br><input type="checkbox"/> poignet | <input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur :</b><br><input type="checkbox"/> hanche<br><input type="checkbox"/> cuisse<br><input type="checkbox"/> genou<br><input type="checkbox"/> jambe<br><input type="checkbox"/> cheville | <input type="checkbox"/> <b>Tronc :</b><br><input type="checkbox"/> cou<br><input type="checkbox"/> colonne vertébrale<br><input type="checkbox"/> thorax<br><input type="checkbox"/> bassin<br><input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> <b>Autre(s) lésion(s)</b><br>(préciser)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Main :</b><br><input type="checkbox"/> pouce<br><input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)<br>(préciser)  | <input type="checkbox"/> <b>Pied</b><br><input type="checkbox"/> orteil(s)<br>(préciser)  |  |   |

**NATURE DES LESIONS** (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermatite                        | <input type="checkbox"/> gelure                               | <input type="checkbox"/> luxation                  |
| <input type="checkbox"/> amputation             | <input type="checkbox"/> douleur                          | <input type="checkbox"/> hernie                               | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre              |
| <input type="checkbox"/> asphyxie               | <input type="checkbox"/> écrasement                       | <input type="checkbox"/> inflammation                         | <input type="checkbox"/> traumatisme interne       |
| <input type="checkbox"/> brûlure                | <input type="checkbox"/> eczéma                           | <input type="checkbox"/> intoxication                         | <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie            | <input type="checkbox"/> électrisation /<br>électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire<br>ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif           |
| <input type="checkbox"/> commotion              | <input type="checkbox"/> entorse                          | <input type="checkbox"/> lésion psychologique                 | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel         |
| <input type="checkbox"/> contusion              | <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif             | <input type="checkbox"/> lésion neurologique                  | <input type="checkbox"/> trouble visuel            |
| <input type="checkbox"/> corps étranger         | <input type="checkbox"/> fracture                         | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique                 | <input type="checkbox"/> lésions multiples         |
| <input type="checkbox"/> autres : .....         |   |   |  |

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?  OUI     NON (*Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement***) :

1) Dans l'**affirmative**, faire remplir ci-dessous par les témoins, ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

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

Date |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ..... Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne de l'établissement à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

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

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date | | | | | | | | | |

**Signature**

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ?     OUI     NON    Si oui :

	1 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> 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, en application de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 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 | | | | | | | | | |

**Nom, prénom, signature et timbre du supérieur hiérarchique**

En cas de réserve sur l'accident, 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 originellement 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).





# Déclaration de maladie professionnelle ou de rechute

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 2 EXEMPLAIRES A L'ENCRE BLEUE

DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE : | | | | | | | | | |

OU DE LA RECHUTE | | | | | | | | | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme       Mlle       M.

Nom de naissance : .....

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 : | | | | | | | | | | ou | | | | | | | | | |

Adresse électronique : .....@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire     titulaire     non titulaire     Maître à titre définitif     A     B     C

GRADE DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) : .....

.....

NOM ET ADRESSE DU LIEU D'AFFECTION (le cas échéant indiquer l'établissement de rattachement)

.....

.....

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** (lieu, tâche exécutée, geste effectué, machine ou matériel utilisé, produits utilisés...) A rédiger sur papier libre si nécessaire ;  
**A compléter par la fiche de poste établie par le supérieur hiérarchique** <sup>1</sup>

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

**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 :

	1 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> 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, en application de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 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   

**Nom, prénom, signature et timbre du supérieur hiérarchique**

En cas de réserve, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

<sup>1</sup> 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 originellement 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).