



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Art. 79 à 86 de la délibération 61-123 du 24.10.1961
Arrêté n° 394/CM du 25.03.2002

A remplir par la victime ou son représentant *légal*

Première demande OUI NON

si non, date de la 1^{ère} demande : _____

IDENTITE DE LA VICTIME

DN :

NOM patronymique

NOM Marital : _____

Prénoms : _____

Né(e) le : _____

Sexe : M F

à : _____

ADRESSE

Commune : _____

N° et nom de la voie : _____

N° Immeuble : _____

Quartier : _____

PK : _____ Côté : montagne mer

BP/SP : _____ Localité : _____

Téléphones: Domicile : _____ Bureau : _____ Portable : _____ Fax : _____

NATURE DE LA MALADIE (fournir le certificat médical initial)

Le (la) soussigné (e) déclare être atteint (e) de (ou que la victime est atteinte de) _____

N° Tableau : _____ Date de la 1^{ère} constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail : _____

DUREE DE L'EXPOSITION (Emplois ayant exposé la victime au risque de la maladie)

Nom et adresse des employeurs successifs	Période		Travaux et produits exposant au risque
	du	au	

Nom et qualité du déclarant : _____

A _____ le _____ Signature : _____

EMPLOI ACTUEL

Employeur : _____

Risque(s) _____

Date d'embauche _____

SALAIRE (en cas d'arrêt à faire remplir par l'employeur)

Nombre d'heures de travail réparties effectuées par la victime durant la période de 30(trente) jours précédant l'arrêt : _____

Nombre de journées de présence : _____ Salaire brut (FCP) : _____

(en toutes lettres)

Paiement à : (Cocher la mention retenue)

Semaine

Quinzaine

Mois

L'employeur continue à verser le salaire

Pendant la période du..... au..... inclus

L'employeur ne verse pas le salaire

Pendant la période totale d'incapacité

Nom et qualité du déclarant : _____

A _____ le _____ Signature et cachet