

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(A remettre à l'Administration Locale du Personnel de Centre)

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

CENTRE :

UNITE :

CORPS et GRADE :

TITULAIRE : ☐ OUI ☐ NON

MATRICULE :

Constatée le : _____

(Nb : Date de la première constatation médicale)

1- Nom et Prénom : _____

2- Date de naissance : _____

3- Domicile (adresse exacte):

4- Fonctions actuelles :

5- Ancienneté dans le poste actuel :

NATURE DE LA MALADIE

6- Eléments à l'origine de la maladie :

7- Nature de ces lésions :

8- Siège des lésions corporelles :

9- Activité exercée au moment où la maladie a été contractée :

☐☐☐ (Codification)

Durée de l'exposition /Fonctions antérieures ayant exposé la victime au risque de la maladie				
Centre INRAE ou Autres employeurs	Unité INRAE ou Adresse autres employeurs	du	au	Fonctions occupées

Pièce à joindre : - le certificat médical descriptif+ certificat médecin de prévention+ Fiche de poste

Fait àle

Signature Agent :

Visa du Directeur de l'Unité	Visa de l'Assistant de Prévention	Visa du Conseiller de Prévention de Centre
Date :	Date :	Date :
Nom Prénom :	Nom Prénom :	Nom Prénom :