

**FORMULAIRE AGENT POUR LES MALADIES  
(à remplir en majuscules)**

Déclaration transmise dans un délai de 2 ans à compter de la date de la première constatation médicale de la maladie

RENSEIGNEMENTS DE L'AGENT	
Nom Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	
Catégorie (A, B ou C)	
Grade	
Fonctions exercées	
Date d'entrée sur le poste	

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LA MALADIE</b>	
Désignation de la maladie (siège des lésions)	
Lieu d'exposition	
Matériels utilisés	
Circonstances d'apparition des troubles et descriptions des fonctions liées à leur apparition (environnement, décrire les travaux habituels/occasionnels effectués, activités ou tâches et gestes effectués, les produits utilisés) :	

AUTRES RENSEIGNEMENTS	
Témoignage	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI ⇒ Nom prénom et qualité : - - -
Pièces à joindre (Les documents à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée sous « pli confidentiel – secret médical »)	Bulletin d'hospitalisation Certificat médical initial + prolongations Comptes rendus des examens médicaux et avis médicaux

Je soussigné(e), .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à ..... le.....

Signature :