



N° 51743#04

## DÉCLARATIONS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Notice d'utilisation à détacher

**Madame, Monsieur,**

Vous êtes chef d'exploitation ou d'entreprise, conjoint, aide familial, associé d'exploitation, *enfant de 14 ans\* et plus* ou cotisant solidaire, et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé due selon lui à l'activité que vous exercez ou avez exercé dans l'exploitation ou dans l'entreprise :

vous (ou votre représentant légal si vous êtes mineur) devez remplir très lisiblement le formulaire à l'aide des indications mentionnées dans les 4 bandeaux ci-dessous.

\* Par l'enfant à charge, il faut entendre enfant de 14 à 20 ans, toutefois, cette limite d'âge peut être reportée à 21 ans lorsque la poursuite d'études a été interrompue pour cause de maladie.

### IMPORTANT

Afin que votre situation puisse être examinée par la MSA auquel vous êtes affilié, il est nécessaire que vous (ou votre représentant légal, si vous êtes mineur), lui adressiez le plus rapidement possible les trois premiers volets de ce formulaire, au plus tard dans le délai de QUINZE JOURS à compter de la constatation médicale de la maladie. Veuillez conserver le dernier volet du document. Si vous ne respectez pas ce délai, vous vous exposez à une sanction prévue aux articles L.752-24 et D.752-65 du Code rural et la Pêche maritime. Veuillez signaler au médecin constatant la maladie professionnelle qu'il doit adresser le certificat médical initial et la première feuille de soins à votre Caisse de MSA d'affiliation. Si la date de première constatation médicale de la maladie est antérieure à la date du certificat médical initial transmis par le médecin à l'organisme gestionnaire, veuillez joindre également les documents liés à cette première constatation (certificat médical, radios, examens, ...).

Pour pouvoir bénéficier de la dispense d'avance des frais de soins, vous devez présenter aux professionnels de santé ou à l'établissement de soins une feuille d'accident du travail et de maladie professionnelle. Cette feuille vous a déjà été remise sur présentation du certificat médical initial établi par votre médecin traitant ou vous sera remise sur présentation de la déclaration de maladie professionnelle par votre caisse de MSA.

### INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME

Précisez votre numéro d'immatriculation (n° INSEE) et l'ensemble de vos coordonnées, en particulier votre adresse personnelle si elle est différente de celle de l'exploitation.

### INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE

La nature de l'activité et le code activité sont ceux dans lesquels le chef d'exploitation ou d'entreprise ou le cotisant solidaire a été classé pour sa catégorie de risque au titre de l'assurance accident du travail des non-salariés agricoles.

Le numéro d'immatriculation, les noms, prénoms et adresse du chef d'exploitation ou d'entreprise ne sont à remplir que si la victime n'est pas le chef d'exploitation ou d'entreprise.

Toutefois, vous n'avez pas à indiquer ces informations si vous êtes cotisant solidaire.

### MALADIES

1. Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux des maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues dans ces tableaux.
2. Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel après examen par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles et lorsqu'une ou plusieurs conditions prévues à ces mêmes tableaux ne sont pas remplies (délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).
3. Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.
4. Enfin, une maladie en lien avec une exposition aux pesticides peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'elle est désignée dans les tableaux de maladies professionnelles ou lorsque les conditions prévues ne sont pas remplies, après examen par le comité de reconnaissance des maladies professionnelles.

Si vous pensez que votre pathologie est consécutive à une exposition aux pesticides liée à votre activité professionnelle, cochez la case prévue à cet effet dans le formulaire afin que votre caisse de MSA transmette votre dossier au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (articles : L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et liberté» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre caisse ou de son Délégué à la Protection des données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme :

Première demande :  OUI  NON Si non, date de la 1<sup>ère</sup> demande :

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ À défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe (1) :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_ Nationalité (1) :  Française  
 E.E.E.  
 Autre

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Qualité de (Exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...) : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité exposant au risque : \_\_\_\_\_ activité est-elle exercée ? : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE**

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

**Ne pas remplir si le chef d'exploitation ou d'entreprise est la victime ou si vous êtes cotisant solidaire :**

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1 <sup>ère</sup> maladie professionnelle	2 <sup>ème</sup> maladie professionnelle	3 <sup>ème</sup> maladie professionnelle
Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie *(2)	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie *(2)	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités non salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration :

Nom et adresse de l'exploitation ou de l'entreprise agricole	Nature des travaux	Fréquence de l'exposition	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(1) Cocher la case correspondante

(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical

Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme :

Première demande :  OUI  NON Si non, date de la 1<sup>ère</sup> demande :

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ À défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe (1) :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_ Nationalité (1) :  Française  
 E.E.E.  
 Autre

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Qualité de (Exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...) : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité exposant au risque : \_\_\_\_\_ activité est-elle exercée ? : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE**

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

**Ne pas remplir si le chef d'exploitation ou d'entreprise est la victime ou si vous êtes cotisant solidaire :**

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1 <sup>ère</sup> maladie professionnelle	2 <sup>ème</sup> maladie professionnelle	3 <sup>ème</sup> maladie professionnelle
Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie *(2)	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie *(2)	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités non salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration :

Nom et adresse de l'exploitation ou de l'entreprise agricole	Nature des travaux	Fréquence de l'exposition	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(1) Cocher la case correspondante

(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical

Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme : \_\_\_\_\_

Première demande :  OUI  NON Si non, date de la 1<sup>ère</sup> demande : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ À défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe (1) :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_ Nationalité (1) :  Française  
 E.E.E.  
 Autre

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Qualité de (Exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...) : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité exposant au risque : \_\_\_\_\_

Activité exposant au risque : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité est-elle exercée ? : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE**

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

**Ne pas remplir si le chef d'exploitation ou d'entreprise est la victime ou si vous êtes cotisant solidaire :**

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1 <sup>ère</sup> maladie professionnelle	2 <sup>ème</sup> maladie professionnelle	3 <sup>ème</sup> maladie professionnelle
Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie *(2)	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie *(2)	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités non salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration :

Nom et adresse de l'exploitation ou de l'entreprise agricole	Nature des travaux	Fréquence de l'exposition	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonniers	_____	_____

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(1) Cocher la case correspondante

(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical

Articles L.752-24, D.752-7, D.752-8 et D.752-65 du code rural et de la pêche maritime, article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime, articles L.491-1 et L.491-2 du code de la sécurité sociale.

Code organisme : \_\_\_\_\_

Première demande :  OUI  NON Si non, date de la 1<sup>ère</sup> demande : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ À défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe (1) :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_ Nationalité (1) :  Française  
 E.E.E.  
 Autre

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Qualité de (Exploitant, collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, aide familial, enfant, cotisant solidaire...) : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité est-elle exercée ? : \_\_\_\_\_

Activité exposant au risque : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE OU COTISANT SOLIDAIRE**

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

**Ne pas remplir si le chef d'exploitation ou d'entreprise est la victime ou si vous êtes cotisant solidaire :**

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom de famille, suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de (2) :

1 <sup>ère</sup> maladie professionnelle	2 <sup>ème</sup> maladie professionnelle	3 <sup>ème</sup> maladie professionnelle
Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie *(2)	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie *(2)	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie *(2)
<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> droit
Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	Date de la constatation médicale _____ <input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités non salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration :

Nom et adresse de l'exploitation ou de l'entreprise agricole	Nature des travaux	Fréquence de l'exposition	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis quelle date
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonnière	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonnière	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonnière	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonnière	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonnière	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Saisonnière	_____	_____

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(1) Cocher la case correspondante

(2) Indiquer la maladie professionnelle qui est précisée sur le certificat médical