

Première demande

OUI

NON

Si non, date de la 1^{ère} 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 : _____ Française

Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E. Autre

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____

Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

(1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
ou
Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Nature de l'activité : _____

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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^{ère} maladie professionnelle

2^{ème} maladie professionnelle

3^{ème} maladie professionnelle

Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} 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

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

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

(3) Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

Attestation de salaire établie par le dernier employeur

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 _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature : _____

Première demande

OUI

NON

Si non, date de la 1^{ère} 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 : _____ Française

Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E. Autre

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____

Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

(1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
ou
Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Nature de l'activité : _____

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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^{ère} maladie professionnelle

2^{ème} maladie professionnelle

3^{ème} maladie professionnelle

Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} 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

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

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

(3) Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

Attestation de salaire établie par le dernier employeur

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 _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature : _____

Première demande OUI NON Si non, date de la 1^{ère} 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 : _____ Française

Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E. Autre

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____

Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____

(1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
ou
Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Nature de l'activité : _____

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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^{ère} maladie professionnelle

2^{ème} maladie professionnelle

3^{ème} maladie professionnelle

Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} 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

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

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

(3) Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

Attestation de salaire établie par le dernier employeur

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 _____ Commune _____

Fait à _____ Le _____

Signature : _____

Première demande

OUI

NON

Si non, date de la 1^{ère} 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 : _____ Française
 Adresse : _____ Nationalité (1) : E.E.E.
 Code postal : _____ Ville : _____ Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Tél. : _____
 Qualification professionnelle : _____ Activité exposant au risque : _____ Depuis quand cette activité est exercée : _____
 (1) Cocher la case correspondante

DERNIER EMPLOYEUR

Nom de famille, prénom : _____ n° d'adhérent _____
 ou
 Dénomination : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____
 Nature de l'activité : _____
 Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : _____

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^{ère} maladie professionnelle

2^{ème} maladie professionnelle

3^{ème} maladie professionnelle

Nom de la 1 ^{ère} maladie *(2)	Nom de la 2 ^{ème} maladie *(2)	Nom de la 3 ^{ème} 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

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

DURÉE D'EXPOSITION

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

(3) Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

PIÈCES À JOINDRE

Certificat médical en double exemplaire

Attestation de salaire établie par le dernier employeur

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 _____ Commune _____
 Fait à _____ Le _____

Signature : _____