|  |
| --- |
| **Avis du médecin de prévention suite à demande de reconnaissance d’une** **MALADIE PROFESSIONNELLE*****Article 37-7 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987*** |
| **Nom du médecin de prévention :**  | **Date de l’examen médical***(le cas échéant)* **:**  |
| **Identité de l’agent** NOM Prénom :Date de naissance :  | Collectivité :Grade : Fonctions occupées :  |
|  |  |
| **La maladie déclarée correspond à la situation suivante***Merci de cocher une des cases ci-dessous*  |
| * La pathologie est désignée dans le tableau n° …… des maladies professionnelles\* et remplit toutes les conditions des 3 colonnes de ce tableau.
* *Rédiger un courrier d’information à la collectivité ou lui transmettre le présent document dûment complété*
* La pathologie est désignée dans le tableau n° …… des maladies professionnelles\*, mais ne remplit pas toutes les conditions des 3 colonnes de ce tableau.
* *Rédiger un courrier d’information à la collectivité ou lui transmettre le présent document dûment complété* ***et*** *envoyer un rapport détaillé à la commission départementale de réforme*
* La pathologie n’est pas désignée dans les tableaux des maladies professionnelles\*.
* *Rédiger un courrier d’information à la collectivité ou lui transmettre le présent document dûment complété* ***et*** *envoyer un rapport détaillé à la commission départementale de réforme*

*\*mentionnées aux articles L.461-1 et suivants du code de la sécurité sociale* |
| Observations complémentaires :  |
| Fait à ……………………………….Le ……………………………… | Signature et cachet du médecin de prévention |