

**VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
 Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
 Prénoms : ..... Situation familiale : .....  
 Adresse : ..... Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : ..... Nationalité : .....  
 Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : .....@.....  
 Qualité (chef d'exploitation ou d'entreprise, conjoint, aide familial) : .....  
 Activité exposant au risque : .....  
 Depuis quand cette activité est-elle exercée ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT L'EXPLOITATION OU L'ENTREPRISE**

Nature de l'activité : .....  
 Nom ou raison sociale : .....  
 Adresse : ..... Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA MALADIE**

Le soussigné déclare être atteint (ou que la victime est atteinte) de : .....  
 Date du certificat médical faisant état du caractère professionnel de la maladie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Conséquences (1) :  
 Sans arrêt de travail     Avec arrêt de travail     Hospitalisation     Décès  
 le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EXPOSITION**

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

| Nature des travaux | Fréquence de l'exposition<br>(quotidienne, hebdomadaire, saisonnière, ...) | Indiquez le début de la période<br>de ces travaux | Si vous avez cessé d'exercer ces travaux,<br>indiquez depuis quelle date |
|--------------------|--|---|--|
|                    |  | ____/____/____                                    | ____/____/____   |
|                    |  | ____/____/____                                    | ____/____/____   |
|                    |  | ____/____/____                                    | ____/____/____   |

**PIÈCES À JOINDRE**

**Certificat médical initial de constatation de la maladie professionnelle.**

**Si le déclarant n'est pas la victime**

Nom, prénom : .....  
 Qualité : .....  
 Adresse : .....

Fait à :  
Le :

Signature :