|  |  |
| --- | --- |
| **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 |