

## Déclaration de maladies professionnelles

Application de l'article 61 des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, de l'article 95 de l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs et de l'article 64ter du R.G.H.S. des travailleurs dans les mines, minières et carrières souterraines.

### 1. TRAVAILLEUR

1.1 Nom\* : .....Prénom\* : .....

1.2 Numéro NISS\* : .....

### 2. EMPLOYEUR

2.1 Nom ou nom de la firme\* : .....

2.2 Numéro BCE\* : .....

### 3. NATURE DE LA MALADIE\*

3.1 Maladie professionnelle figurant sur la liste des maladies professionnelles reconnues  
(art. 30 des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci)

Maladie: .....Code: .....

3.2 Maladie **NE** figurant **PAS** sur la liste des maladies professionnelles reconnues  
(art. 30bis des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci)

Maladie: .....

3.3 Maladies en relation avec le travail  
(art. 62bis des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci)

Affection: .....

3.4 En cas de susceptibilité ou premiers symptômes

Maladie/affection: .....

### 4. NATURE DU RISQUE PROFESSIONNEL

4.1 Données en relation avec le travail

4.1.1 Secteur d'activité\* : ..... NACE : .....

4.1.2 Occupé dans la section: .....

4.1.3 Description des activités exercées par le travailleur\* : .....

.....

.....

.....

4.2 Cause probable de la maladie ou de l'affection\* (agents, produits, postures, mouvements, autres)

.....

.....

4.3 Pas d'exposition chez l'employeur actuel

Explication: .....

### 5. CONSEILLER EN PREVENTION-MEDECIN DU TRAVAIL FAISANT CETTE DECLARATION

5.1 Nom\* : .....Prénom\* : .....

5.2 Adresse de correspondance : Rue\* : .....Numéro\* : .....

Code postal\* : ..... Commune\* : .....

5.3 Téléphone/GSM: ..... Adresse e-mail : .....

5.4 Attaché à un  service interne de prévention

service externe de prévention – Nom : .....

5.5 Date\* : ...../...../.....

5.6 Signature\* :

\* Champ à remplir obligatoirement.