[Prénom][NOM]
[Adresse]
[Code Postal][Ville]
Tél. : 01.23.45.67.89

Votre CPAM
[Adresse Destinataire]
[Code Postal][VILLE]
Paris, le 01/11/2026

Objet : déclaration de maladie professionnelle

Madame, Monsieur,

Affilié à votre caisse sous le numéro de sécurité sociale [votre numéro de sécurité sociale], je vous informe que je suis atteint de [nature de votre maladie], affection qui figure au tableau des maladies professionnelles prévu par l'article L461-1 du Code de la sécurité sociale. C'est à ce titre que je sollicite la reconnaissance de son caractère professionnel.

Cette maladie a entraîné un arrêt de travail à compter du [date du premier jour d'arrêt]. Elle résulte directement des conditions dans lesquelles j'exerce mon activité de [votre profession] au sein de l'entreprise [nom de l'employeur], où je travaille depuis le [date d'entrée dans l'entreprise]. Je vous adresse donc le présent courrier afin de déclarer officiellement son origine professionnelle et de demander la prise en charge correspondante.

Vous trouverez ci-joint le formulaire de déclaration de maladie professionnelle dûment complété, le certificat médical initial établi par mon médecin, qui précise la nature de l'affection et son lien avec mon travail, ainsi que l'attestation de salaire remise par mon employeur. Je tiens à votre disposition tout document complémentaire que vous jugeriez utile.

Je vous remercie de bien vouloir procéder à l'instruction de mon dossier dans les meilleurs délais et de m'accorder le bénéfice des prestations auxquelles cette situation ouvre droit, au titre du régime des maladies professionnelles.

Dans l'attente de votre réponse, je vous saurais gré de m'informer de la suite réservée à ma demande et de me préciser, le cas échéant, les pièces que vous souhaiteriez voir compléter. Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement utile à l'examen de mon dossier.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature