

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

Votre CPAM

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 17/06/2026

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.

Cette maladie a entraîné un arrêt de travail à compter du [date du premier jour d'arrêt]. Je vous adresse donc le présent courrier afin de déclarer son caractère professionnel 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 et l'attestation de salaire remise par mon employeur.

Je vous remercie de bien vouloir procéder à l'instruction de mon dossier et de m'accorder le bénéfice des prestations auxquelles cette situation ouvre droit.

Je reste à votre disposition pour vous transmettre tout document complémentaire utile à l'examen de ma demande.

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

[Prénom][NOM]

Signature