[Prenom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 12/11/2026

Demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle

Madame, Monsieur,

Je sollicite la reconnaissance, au titre des maladies professionnelles, de l'affection dont je suis atteint et qui, selon mon médecin, est en lien direct avec l'activité que j'exerce ou que j'ai exercée.
Je travaille, ou j'ai travaillé, en qualité de [poste] au sein de [secteur ou entreprise], où j'ai été exposé à [décrivez : des substances, des gestes répétitifs, des nuisances, un environnement particulier] susceptibles d'être à l'origine de ma pathologie.
Cette maladie, diagnostiquée le [date], se manifeste par [symptômes ou troubles] et affecte aujourd'hui ma vie professionnelle comme personnelle. J'estime qu'elle résulte de mes conditions de travail et doit être reconnue comme maladie professionnelle.
Vous trouverez ci-joint le certificat médical initial établi par mon médecin, précisant la nature de l'affection et son lien possible avec mon activité, ainsi que tout élément relatif à mon parcours professionnel et à mon exposition.
Je vous remercie de bien vouloir engager l'instruction de ma demande et de m'indiquer les éventuelles pièces complémentaires nécessaires, ainsi que le déroulement de la procédure, notamment l'éventuelle expertise médicale.
Je me tiens à votre disposition pour fournir tout justificatif relatif à mes emplois successifs et aux expositions subies.
Je suis conscient que ce type de dossier peut nécessiter du temps et un examen approfondi, et je m'engage à coopérer pleinement à chaque étape de la procédure afin que la réalité de mon exposition professionnelle puisse être établie.
Cette reconnaissance conditionnant une prise en charge adaptée et la réparation à laquelle je pourrais prétendre, je vous saurais gré d'accorder à mon dossier toute l'attention qu'il mérite.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature