**ARRÊTÉ D’IMPUTABILITE AU SERVICE**

**Consécutif à un accident de service/ un accident de trajet ou une maladie professionnelle**

**ET *(en cas d’arrêt de travail en lien avec AT/MP)***

**DE MISE EN CONGÉ POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE**

**(Fonctionnaire titulaire affilié à la CNRACL)**

Le Maire *(ou le Président)* de ...............................................................................................,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu Le code général de la fonction publique et notamment les articles L822-18 à L822-24,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l’organisation des comités médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(Le cas échéant pour un agent affilié à la CNRACL à temps non complet)* Vu le décret n°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu la déclaration d’accident de service/trajet/maladie professionnelle de M ……………………….., en date du ……………………….., comprenant :

* le formulaire de déclaration d’accident de service/trajet/maladie professionnelle
* le certificat médical initial indiquant la nature et le siège des lésions,

Vu le courrier d’information du médecin de prévention en date du………………………..,

(*le cas échéant*) Vu le certificat médical de prolongation au titre de ……………………..(l’accident ou la maladie professionnelle),

(*le cas échéant*) Vu les résultats de l’enquête administrative,

(*le cas échéant*) Vu l’expertise du médecin agréé en date du ……,

(*le cas échéant*) Vu l'avis (*favorable ou défavorable*) du Conseil médical en date du ………………….. à l'imputabilité au service de ……………de (l'accident de service, de trajet) survenu le………………… ou de la maladie professionnelle constatée le……………….. considérant …………………..(*reprendre la motivation de l’avis*)

(*le cas échéant si l’agent a été placé en CITIS provisoire*), Vu l’arrêté n°……….plaçant M. Mme………………en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire,

(*pour l’accident de service*) Considérant que l’accident de service est survenu dans le temps et le lieu du service et à l’occasion de l’exercice des fonctions de M.(Mme)…………..ou d’une activité qui en constitue le prolongement,

(*pour l’accident de trajet*) Considérant que l’accident de trajet s’est produit sur le parcours habituel entre le lieu ou s’accomplit le service de M (Mme)………………….. et ………………… (*sa résidence habituelle ou son lieu de restauration*) et pendant la durée normale pour l’effectuer,

(*pour la maladie professionnelle conditions tableau remplies*) Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. a été contractée dans l’exercice ou à l’occasion de l’exercice de ses fonctions et est désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L461-1 et suivants dans les conditions mentionnées à ce tableau,

(*pour la maladie professionnelle conditions partiellement remplies dans le tableau*) Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. ne remplit que partiellement les conditions des tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 mais qu’il est établi qu’elle est directement causée par l’exercice des fonctions exercées,

(*pour la maladie professionnelle hors tableau*) Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. est une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale mais qu’il est établi qu’elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions,

**ARRÊTE**

ARTICLE 1 :

L’accident/la maladie professionnelle en date du …………………… de M ………………………, …………………….. *(grade)* est reconnu*(e)* imputable au service à compter du………..

**ARTICLE 2 :**

M.................................. est placé*(e)* en congé pour invalidité temporaire imputable au service à du .........................au…………………………

**ARTICLE 3 :**

M…………………………….. conserve l’intégralité de son traitement, *(le cas échéant),* de l’indemnité de résidence, du supplément familial de traitement et de ses primes et indemnités pendant la durée du congé.

**ARTICLE 4 :**

La collectivité prend en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par …………………..(l’accident de service, l’accident de trajet ou la maladie professionnelle) (selon l’utilité médicale) ou les frais et soins directement liés au traitement des conséquences sur l’état de santé de l’agent lorsqu’il est rattaché (de l’accident ou de la maladie)

**ARTICLE 5 :**

Au terme de son accident de service/trajet/maladie professionnelle, M.................................. devra fournir un certificat final de guérison ou de consolidation.

**ARTICLE 5 :**

Le ..................................(1) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera :

* notifié à l’intéressé*(e).*

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de gestion,

- Comptable de la Collectivité.

Fait à .................................... le ....................................

 Le Maire *(ou le Président)*

 *(Prénom-Nom)*

Le Maire *(ou le Président),*

- certifie sous sa responsabilité le caractère

exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un

1. Directeur Général des services si collectivité ≥ 2000 habitants

 Directeur si EPCI

Secrétaire de Mairie si collectivité

 < 2000 habitants

recours hiérarchique préalable exercé dans un délai de

deux mois à compter de la présente notification,

éventuellement suivi d’un recours pour excès de pouvoir

devant le Tribunal Administratif de Poitiers, dans un délai

de deux mois à compter, soit de la réponse de l’administration,

soit de la décision implicite de rejet de cette dernière.

Notifié le ...........................................

Signature de l’agent :