**ARRETE DE PROLONGATION EN CONGÉ POUR INVALIDITE TEMPORAIRE**

**IMPUTABLE AU SERVICE**

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

**d’un fonctionnaire CNRACL**

**DE Mr(Mme**) ...................................................................................

**DANS LE GRADE DE** .....................................................................

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

Vu le code général de la fonction publique notamment les articles L 822-18 à L822-25,

Vu le décret n° 2019-301 du 10 avril 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique territoriale,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 **relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et notamment ses articles 37-1 à 37-20,**

*(le cas échéant si agent stagiaire)* Vu le décret de 92-1194du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale

*(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 l’arrêté n°……………… en date du ……. reconnaissant l’imputabilité au service de *………………(l’accident ou la maladie professionnelle)* à la date du …………….et plaçant M.(Mme)………... en congé pour invalidité temporaire imputable au service du …….au ……………

 *(Le cas échéant*) Vu l’expertise du médecin agréé réalisée en date du…………..portant contrôle de l’aptitude physique de M.………….

(*Le cas échéant*) Vu l’avis du conseil médical saisi des conclusions du médecin agréé portant sur le contrôle de l’aptitude physique de M………………

Vu le certificat médical de prolongation du ……………… pour la période du ………….. au …………..,

**ARRETE**

**Article 1 :**

M.(Mme) .........................., (*nom de jeune fille*) ............................, est prolongé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service du....................au...................... consécutif à ………………….(accident ou maladie professionnelle)

**Article 2 :**

Pendant la durée du congé, M.(Mme) ......................................................................... conserve l'intégralité de son traitement, les avantages familiaux et selon le cas l’indemnité de résidence.

**Article 3 :**

La collectivité prend en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais et soins directement liés au traitement des conséquences sur l’état de santé de l’agent lorsqu’il est rattaché à ………………. (*l’accident ou la maladie*)

**Article 4 :**

Le Directeur Général 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)

**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 recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

**Notifié le**  .............................................................................

**Signature de l'agent**