ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**DE REFUS DE RECONNAISSANCE D’IMPUTABILITE D’UN ACCIDENT DE SERVICE *(OU D’UNE MALADIE PROFESSIONNELLE)***

***(Agents titulaires et stagiaires affiliés CNRACL)***

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

**Mention en jaune : à enlever ou à modifier en fonction de la situation**

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

**VU** la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée par la loi n° 87-529 du 13 juillet 1987, portant droits et obligations des fonctionnaires,

**VU** la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

**VU** le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié **par le décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008** relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés maladies des fonctionnaires territoriaux,

***Le cas échéant pour un stagiaire****:* ***VU*** *le décret 92-1194 du 4 novembre 1992 relatif aux agents stagiaires de la fonction publique territoriale,*

***Le cas échéant pour un agent à temps non complet ≥ 28 h :******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 du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière,

**VU** la demande de reconnaissance d’accident de service *(ou de maladie professionnelle)* de M/Mme …………..…, *(grade)* …………, reçue le ………..,

**VU** le certificat médical du Docteur ……….… en date du ……….… constatant l’accident de service survenu le …………….(*ou pour maladie professionnelle constatée le …)*,

**Considérant** que l’enquête administrative *(témoignages, rapport hiérarchique…)* diligentée par l’autorité n’a pas permis de confirmer l’imputabilité au service de l’accident *(ou de la maladie professionnelle)*.

**VU** l’avis émis par M/Mme ……………… médecin expert agréé, en date du ……………, sur l’imputabilité au service de l’accident *(ou de la maladie)*,

**VU** l'avis favorable *(ou défavorable)* émis le ………..… par la Commission de Réforme sur l’imputabilité au service de l'accident *(ou de la maladie professionnelle)*.

**Considérant** que ……………….. *(****obligatoire :*** *motivation de la décision de non reconnaissance d’imputabilité au service de l’accident ou de la maladie professionnelle)*.

**ARRÊTE**

**Article 1er :** L’accident survenu le ………….... *(ou la maladie constatée le……….....)*, n’est pas reconnu*(e)* imputable au service.

**Article 2ème :** Les arrêts de travail en lien avec cet accident ou maladie sont pris au titre de la maladie ordinaire.

**Article 3ème :** Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 4ème** : Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de sa transmission et de sa publication

Fait à le

Le Maire *(ou le Président)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le Maire *(ou le Président)*,  - Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire du présent arrêté  Le . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté l  le . . / . . /  *Signature de l’agent,* |