ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**DE MISE EN CONGE POUR ACCIDENT**

***(OU MALADIE PROFESSIONNELLE)* IMPUTABLE AU SERVICE**

***(Arrêt initial ou rechute)***

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

**VU** le certificat médical initial *(ou de rechute)* 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 a permis *(ou n’a pas permis)* de confirmer l’imputabilité au service de l’accident *(ou de la maladie).*

*Si la collectivité est amenée à se prononcer sur l’imputabilité au service, elle peut consulter un médecin agréé.*

**VU** l’avis émis par M/Mme ……………… médecin expert agréé, en date du……….., sur l’imputabilité au service de l’arrêt de travail,

*Si l’autorité estime que l’arrêt de travail n’est pas imputable au service l’avis de la Commission de Réforme est requis*

**VU** l'avis émis le ……..… par la Commission de Réforme constatant l'imputabilité au service de l'accident survenu *(ou de la maladie professionnelle)*.

Considérant que l’accident *(ou la maladie)* est reconnu*(e)* imputable au service.

**ARRÊTE**

**Article 1er :** M/Mme ……………..…, *(grade)…………….…*, est placé en congé pour accident de service *(ou maladie professionnelle)* à compter du …….. au ……… inclus.

**Article 2ème :** Au cours de cette période, M/Mme ……….… conservera l'intégralité de son traitement *(jusqu'à la reprise de son travail ou éventuellement jusqu'à la mise à la retraite pour les agents relevant de la CNRACL)* et conservera ses droits à l'avancement d'échelon s'il y a lieu.

*(****Rappel :*** *l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement et la NBI est maintenue, conformément à l’article 2 du décret 93-863 du 18 juin 1993, pendant le congé de maladie ordinaire, le congé pour accident de service, maladie professionnelle, et pendant le congé de longue maladie tant que l’agent n’est pas remplacé dans ses fonctions.*

*En ce qui concerne les primes les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont définies par délibération de la collectivité territoriale).*

La collectivité *(ou l’établissement)* prendra en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entrainés par l’accident de service *(ou la maladie professionnelle)*.

**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 arrêtéLe . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté lle . . / . . /*Signature de l’agent,* |