ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**ARRETE D’IMPUTABILITE D’UN ACCIDENT DE SERVICE**

***(OU D’UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU D’UNE MALADIE PROFESSIONNELLE)***

***(Fonctionnaires titulaires et stagiaires affiliés CNRACL en cas d’accident ou de maladie sans arrêt de travail)***

***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,*

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

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

**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 professionnelle).*

*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’accident *(ou de la maladie)*,

*Si l’autorité estime que l’arrêt 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 :** La maladie professionnelle dont est atteint*(e)* *(ou L’accident survenu le …………,à ……..… heures, à ……….… (lieu, adresse) dont a été victime)* M/Mme ……..…, *(grade)..………..* est imputé*(e)* au service.

**Article 2ème :** 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 arrêté  Le . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté l  le . . / . . /  *Signature de l’agent,* |