**ARRÊTÉ DE MISE EN CONGÉ POUR INVALIDITÉ TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE (CITIS)
DE Monsieur/ Madame……………
…………….(*GRADE*)**

Le Maire/ Le/ La Président(e)de…………………..,

Vu le Code Général de la Fonction Publique,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l’application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l’organisation des conseils médicaux, aux conditions d’aptitude et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

Vu le certificat médical du [date] délivré par le Dr [nom médecin] prescrivant à M. ou Mme [Nom, Prénom] un arrêt de travail du [date début] au [date fin] inclus,

Vu le formulaire de déclaration d'accident de service déposé le [date],

Le cas échéant: vu l'enquête administrative et/ou vu l’expertise médicale,

Considérant que la matérialité du lien avec le service est établie,

Considérant que M. ou Mme [Nom, Prénom].remplit les critères définis par le décret susvisé,

Le cas échéant: considérant la saisine du Conseil Médical,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : À compter du……………., Monsieur/ Madame…………….. est placé en congé pour invalidité temporaire imputable au service.

**ARTICLE 3 :** Pendant la durée du congé,Monsieur/ Madame……………………..conserve l’intégralité de son traitement et conservera ses droits à l’avancement d’échelon.

La collectivité/ L’établissement prendra en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l’accident de service.

**ARTICLE 4 :** Monsieur/ Madame………….devra se soumettre aux expertises médicales ou aux visites de contrôle auprès d’un médecin agréé diligentées par l’autorité territoriale ou le conseil médical, sous peine d’interruption du versement de sa rémunération jusqu’à ce que cette visite soit effectuée.

Une visite de contrôle doit être diligentée au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation de congé initialement accordé.

**ARTICLE 5 :** Monsieur/ Madame……..devra informer l’autorité territoriale de tout changement de domicile, sauf en cas d’hospitalisation, de toute absence de son domicile supérieure à deux semaines. Il informe l’autorité territoriale de ses dates et lieux de séjour.

A défaut, le versement de sa rémunération pourra être interrompu.

**ARTICLE 6 :** Monsieur/ Madame………………………., …………………(*fonctions*)/ Le Maire/ Le/ La Président(e) est chargé (e) de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé.

**ARTICLE 7 :** Ampliation adressée au Président du Centre de Gestion et au comptable de la collectivité/ de l’établissement.

Fait à………………….., le………,

Le Maire/ Le/ La Président (e)

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 :