ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

REINTEGRATION A L’ISSUE D’UN ACCIDENT *(OU D’UNE MALADIE PROFESSIONNELLE)* IMPUTABLE AU SERVICE

***(Fonctionnaire affilié au régime spécial de sécurité sociale – 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 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

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

**VU** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

**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** l’arrêté en date du ………….plaçant M/Mme …………..… en congé pour accident de service *( ou maladie professionnelle)* pour la période du …….… au ……… ;

**VU** le certificat final de consolidation délivré par M/Mme …………… médecin traitant de l’agent en date du …………, mettant fin à l’accident *(ou la maladie professionnelle)* et autorisant M/Mme ……… à reprendre ses fonctions à compter du ………

**VU** l’avis de la commission de réforme an date du …, fixant la date de consolidation au …

**ARRÊTE**

**Article 1er :** M/Mme ………..…, né(e) le ……..…, est réintégré(e) dans ses fonctions à compter du ……………….

**Article 2ème :** Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 3ème** : 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,* |