|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant placement en congé pour accident du travail (ou) maladie professionnelle**  *(Fonctionnaire IRCANTEC inférieur à 28 heures et agent contractuel de droit public)*  M …………………………………………………………………………………………….  Grade ……………………………………………………………………………………… |

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

*(Le cas échéant) Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,*

*(le cas échéant) Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,*

Vu le certificat médical en date du ……………………… constatant l'accident du travail (ou) la maladie professionnelle survenu(e) le ……………………… à M……………………… (grade, emploi), le (la) plaçant en arrêt de travail du……………………… au………………………,

Considérant que l’accident de travail (ou) la maladie professionnelle a été reconnu(e) imputable au service par le médecin-conseil de la Sécurité Sociale,

**ARRETE**

**ARTICLE 1 :** M………………………, (grade, emploi) est placé(e) en congé pour accident du travail ou en maladie professionnelle du ……………………… au ………………………

**ARTICLE 2 :** *(Pour les fonctionnaires IRCANTEC)* Durant la période précitée, M……………………… sera rémunéré(e) à plein traitement, *(le cas échéant) déduction faite des indemnités journalières de la Sécurité Sociale pour lesquelles la collectivité pourra demander la subrogation*.

Ou

*(Pour les agents contractuels de droit public)* M……………………… percevra son plein traitement du ……………………… au ……………………… (ou bien son plein traitement du ……………………… au ……………………… et ou son demi traitement du ……………………… au ……………………… *(le cas échéant) déduction faite des indemnités journalières de Sécurité Sociale pour lesquelles la collectivité pourra demander la subrogation.*

**ARTICLE 3 :** Le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entrainés par l’accident du travail (ou la maladie professionnelle) seront pris en charge par la Caisse Primaire d’Assurance Maladie.

**ARTICLE 4 :** Le Secrétaire Général *(ou Le Directeur Général des services)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressé à :

* Monsieur le Président du Centre de Gestion
* Monsieur le comptable de la collectivité.

Fait à………………………,

le……………………………

Prénom, Nom et qualité du signataire

|  |
| --- |
| 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 de POITIERS (86) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.  Ce recours peut être déposé sur l’application informatique « Télérecours citoyens », accessible par le site : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)  Notifié le ……………………………..  Signature de l’agent : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rappel : les droits à plein et demi-traitement des agents contractuels** | |
| Avant 1 an de services | 1 mois à plein traitement et 1 mois à 80 % |
| Après 1 an de services | 2 mois à plein traitement et 2 mois à 80 % |
| Après 3 ans de services | 3 mois à plein traitement et 3 mois à 80 % |