|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………**Arrêté portant reconnaissance de l’imputabilité au service d’un accident ou d’une maladie et portant placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service suite à un accident de service ou de trajet ou maladie professionnelle avec arrêts de travail***(Fonctionnaire CNRACL* *Temps complet / T.N.C sup ou égal à 28h)*M …………………………………………………………………………………………….Grade ……………………………………………………………………………………… |

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

- Vu le code général des collectivités territoriales,

- Vu le code général de la fonction publique, notamment les articles L. 822-18 à L. 822-25,

- Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l’organisation des conseils médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(le cas échéant) 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 déclaration d’accident de service du ………………………… *(préciser date de l’évènement)* OU d’accident de trajet du ………………………… *(préciser la date de l’évènement)* OU de la maladie professionnelle datée du ………………………… *(indiquer la date de première constatation médicale de la maladie)* de M…………………………, reçue le …………………………,

- Vu le certificat médical en date du ………………………… constatant l’accident de service OU l’accident de trajet OU la maladie professionnelle survenu(e) le…………………………,

*(Le cas échéant) Considérant les résultats de l’enquête administrative,*

*(Le cas échéant) Considérant les conclusions d’expertise médicale du médecin agréé en date du…………………………,*

*(Pour la maladie professionnelle) Considérant que le médecin du travail a établi en date du ………………………… (indiquer la date du document d’information établi par le médecin du travail) que la maladie de M………………………… satisfait à l’ensemble des conditions posées au code général de la Sécurité Sociale,*

*(Le cas échant) Vu l’avis du conseil médical réuni le …………………………*

**ARRETE**

**ARTICLE 1 :** L’accident survenu le………………………… de M………………………… *(grade, emploi),* est reconnu imputable au service. OU L’accident de trajet survenu le ………………………… de M………………………… *(grade, emploi)* est reconnu imputable au service. OU La maladie professionnelle datée du………………………… de M………………………… *(grade, emploi)* est reconnue imputable au service.

**ARTICLE 2 :** M………………………… est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service du………………………… au………………………… inclus.

**ARTICLE 3 :** Durant la période précitée, M …………………………, conserve l'intégralité de son traitement *(le cas échéant)* de la N.B.I, *(le cas échéant)* du supplément familial de traitement, *(le cas échéant)* ainsi que des primes et indemnités liées à l’exercice des fonctions et à sa manière de servir *(Attention : pour les primes, il appartient à la collectivité de vérifier les dispositions de modulation prévues dans la délibération afférente au régime indemnitaire de l’agent concerné).*

**ARTICLE 4 :** La durée du congé est assimilée à une période de service effectif. Cette durée compte pour la détermination des droits à avancement d’échelon et de grade, ainsi que pour la constitution et la liquidation des droits à pension civile de retraite.

**ARTICLE 5 :** M………………………… placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service doit se soumettre aux visites médicales demandées par l’autorité territoriale.

**ARTICLE 6 :** M………………………… bénéficiant d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service informe l'autorité territoriale de tout changement de domicile, sauf 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 la rémunération peut être suspendu.

**ARTICLE 7 :** M…………………………en congé pour invalidité temporaire imputable au service doit cesser toute activité rémunérée.

**ARTICLE 8 :** Les honoraires médicaux et les frais directement entraînés par cet accident / cette maladie seront pris en charge par la collectivité ou l’établissement public, conformément à la réglementation en vigueur.

**ARTICLE 9 :** Le Secrétaire général *(ou Le Directeur Général des services)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

- au Président du Centre de Gestion de la Charente,

- au 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 : |