|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………**Arrêté portant reconnaissance de l’imputabilité au service d’une rechute d’un accident ou d’une maladie et portant placement en congé d’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 / Temps non complet supérieur 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 de rechute datée du ……………… de l’accident de service du……………… (*préciser date de l’évènement)* OU de l’accident de trajet du ……………… *(préciser 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 la rechute de l’accident de service du ……………… *(préciser date de l’évènement)* OU de l’accident de trajet du ……………… *(préciser date de l’évènement)* OU de la maladie professionnelle datée du ……………… *(indiquer la date de première constatation médicale de la maladie),*

Vu l’arrêté en date du………………, reconnaissant l’imputabilité au service de l’accident daté du ……………… *(préciser date de l’évènement)* OU de l’accident de trajet du ……………… *(préciser date de l’évènement)* OU de la maladie professionnelle datée du ……………… *(indiquer la date de première constatation médicale de la maladie),*

*- (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………………*

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

**ARRETE**

**ARTICLE 1 :** L’arrêt de travail de M………………, *(grade, emploi)* ………………*,* est reconnu imputable au service à compter du ……………… au titre de la rechute de l’accident de service survenu le ……………… OU de l’accident de trajet survenu le……………… OU de la maladie professionnelle contractée le ……………….

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

**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 : |