|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant reconnaissance de l’imputabilité au service d’une rechute d’un accident ou d’une maladie suite à un accident de service ou de trajet, ou maladie professionnelle sans 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 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 :** La rechute datée du……………………… de l’accident de service survenu le………………………… ou de l’accident de trajet survenu le……………………ou de la maladie professionnelle contractée le………………………………………………… de M………………, *(grade, emploi)* ………………*,* est reconnue imputable au service.

**ARTICLE 2 :** Les honoraires médicaux et les frais directement entrainés par cette rechute seront pris en charge par la collectivité ou l’établissement public, conformément à la réglementation en vigueur.

**ARTICLE 3 :** 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 : |