|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant reconnaissance de l’imputabilité au service d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle sans arrêt de travail**  *(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 de travail (ou) la maladie professionnelle survenu(e) le ……………………… à M………………………, (grade, emploi) ………………………,

- 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 :** L’accident de service survenu le ……………………… OU l’accident de trajet survenu le……………………… OU la maladie professionnelle constatée le ……………………… de ……………………… M ………………………, *(grade, emploi)* ………………………, est reconnu(e) imputable au service.

**ARTICLE 2 :** 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 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 à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion de la Charente,

- 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 : |