|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant refus de reconnaissance de l’imputabilité au service d’un accident ou d’une maladie**  *(Fonctionnaire CNRACL*  *Temps complet / T.N.C sup. ou égal à 28 heures)*  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 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 date de l’évènement)* OU de 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 que l’enquête administrative diligentée par l’autorité n’a pas permis de confirmer l’imputabilité au service de l’accident OU de l’accident de trajet OU de la maladie professionnelle,*

*(Le cas échéant) Vu l’avis émis par M……………… médecin agréé, en date du………………, sur l’imputabilité au service de l’accident OU de l’accident de trajet OU de la maladie professionnelle,*

*(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 de prévention) que la maladie de M……………… ne satisfait pas à l’ensemble des conditions posées au code de la Sécurité Sociale,*

Vu l’avis défavorable (ou favorable) émis le……………… , par le conseil médical sur l’imputabilité au service de l’accident (ou de la maladie professionnelle),

Considérant que……………… ***(obligatoire :*** *motivation de la décision de non‑reconnaissance d’imputabilité au service de l’accident ou de la maladie professionnelle),*

**ARRETE**

**ARTICLE 1 :** L’accident survenu le……………… OU l’accident de trajet survenu le……………… OU la maladie constatée le………………, de M………………, (grade, emploi) ……………… n’est pas reconnu(e) imputable au service.

**ARTICLE 2 :** *(Le cas échéant) Les arrêts de travail en lien avec cet accident OU accident de trajet OU maladie sont pris au titre de la maladie ordinaire.*

**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 : |