|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………**Arrêté portant refus de reconnaissance de l’imputabilité au service d’une rechute d’un accident ou d’une maladie***(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 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 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 la rechute de l’accident de service OU l’accident de trajet OU la maladie professionnelle survenu(e) le………………,

- 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 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 la rechute datée du……………… de l’accident OU de l’accident de trajet OU de la maladie professionnelle datée du……………, (Indiquer la date de première constatation médicale de la maladie)*

*(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,

*(Le cas échéant) 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 :** La rechute datée du……………… de l’accident de service survenu le……………… OU de l’accident de trajet survenu le……………… OU de la maladie constatée le……………… de M………………, *(grade, emploi)*, n’est pas reconnue imputable au service.

**ARTICLE 2 :** *(Le cas échéant*) Les arrêts de travail en lien avec cette rechute 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 : |