**ARRÊTÉ PLACANT (nom et grade de l’agent) EN CONGÉ POUR ACCIDENT DE TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE**

*Ne concerne que les agents affiliés à l’IRCANTEC*

**Le Maire (le Président) de .................................................,**

**Vu** la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 21 bis,

**Vu** la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

**Vu** le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois à temps non complet, et notamment l’article 37,

*Uniquement pour les agents stagiaires*

**Vu** le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale, et notamment l’article 7,

**Vu** l’arrêté en date du *(viser le dernier arrêté de situation administrative de l’agent : titularisation, avancement… avec échelon IB et IM)*,

**Vu** le certificat médical en date du ........................ constatant l’accident de travail survenu le ...................................... / la maladie professionnelle en date du ………………………,

**Vu** le certificat médical, en date du ..................., établi par le Dr……………………….., prescrivant à M………………………. un arrêt de travail du ………………………… au ………………………..,

**Vu**, *le cas échéant, en fonction des documents transmis et de la situation*

* *la déclaration de l’agent, en date du …………….., préciser éventuellement le contenu*
* *le rapport du responsable, en date du ………, préciser éventuellement le contenu*
* *le ou les arrêtés relatifs à l’octroi et aux éventuelles prolongations antérieures du congé pour accident de travail ou maladie professionnelle*

**Vu** l’avis en date du ………….émis par le Médecin Conseil de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie constatant l’imputabilité au service de la maladie / de l’accident,

*ou, si reconnaissance implicite de la CPAM, après un délai de 30 jours (accident de travail) ou de 3 mois (maladie professionnelle), après réception par la CPAM de la déclaration*

**Considérant** la reconnaissance implicite des services de la CPAM de l’imputabilité au service de la maladie / de l’accident,

ARRÊTE

**ARTICLE 1** : M ................................ est placé(e) / maintenu(e) en congé pour accident de travail / maladie professionnelle du ....................au………………………

**ARTICLE X :** M .................................... conserve l’intégralité de son traitement du ………….. au .................... *(durée maximale de 3 mois)*.

*(uniquement si congé supérieur à 3 mois)*

**ARTICLE X:** Du …………………… au ….………………, M ................................ ne percevra aucun traitement.

**ARTICLE X :** Le présent arrêté sera notifié à l'intéressé(e),

Ampliation adressée à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion,

- Monsieur le Receveur Municipal,

**ARTICLE X :** Le Maire (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 dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

**Signature de l'agent : Fait à**

 **Le**

**Notifié le :**

**POUR MEMOIRE**

*Décret n°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet*

*Article 37*

*Le fonctionnaire en activité bénéficie, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès.*

*Il a droit au versement par l'autorité territoriale de son plein traitement pendant trois mois.*