**ARRÊTÉ PORTANT RECONNAISSANCE DE L’IMPUTABILITÉ AU SERVICE**

**DE *L’ACCIDENT SURVENU LE …………… / DE LA MALADIE CONSTATÉE LE …………***

**DE (nom et grade de l’agent)**

*Ne concerne que les agents affiliés à la CNRACL*

*Si octroi d’un congé de maladie, préférer le modèle « congés d’invalidité temporaire imputable au service »*

**Le Maire (Le Président) …………………………,**

**Vu** le code général de la fonction publique et notamment les articles L822-18 à L822-25,

**Vu** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié, 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 de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*Uniquement pour les agents à temps non complet > ou = à 28h*

**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,

*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** la déclaration transmise par M ……………………………, en date du ……………………….., comprenant le formulaire précisant les circonstances de l’accident survenu le …………………………….. / de la maladie constatée le ………………………., et un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions *(préciser les informations contenues dans le certificat médical)*,

*Si maladie professionnelle*

**Vu** le constat, par le médecin de prévention, que la maladie satisfait à l’ensemble des conditions prévues par les tableaux de maladies professionnelles / le rapport du médecin de prévention indiquant que la maladie ne satisfait pas à l’ensemble des conditions prévues par les tableaux de maladies professionnelles (ou n’est pas désignée dans les tableaux de maladies professionnelles),

*Si expertise auprès d’un médecin agréé*

**Vu,** l’expertise du Dr………………………….., médecin agréé, en date du …………, *préciser éventuellement les conclusions administratives*

*Uniquement si le Conseil médical a été saisi*

**Vu** l’avis du Conseil médical en date du ……………., favorable à la reconnaissance de l’imputabilité au service de l’accident survenu le …………………. / de la maladie constatée le…………………

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : L’accident survenu à M ………………………., */* La maladie déclarée par M………………….. est reconnu(e) imputable au service.

**ARTICLE 2** : A compter du …………………………., les honoraires médicaux et les frais directement entraînés par l’accident / la maladie seront pris en charge par la collectivité sur présentation des justificatifs.

**ARTICLE 3 :** 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.

Le présent arrêté sera notifié à l'agent.

Ampliation adressée à la trésorerie municipale.

**Fait à…………………………….**

**Le………………………………..**

**Notifié le :………………………** Le Maire (Le Président)

Signature de l'agent