**Arrêté n°20…\_... PORTANT SUR LA RECONNAISSANCE DE L’IMPUTABILITE AU SERVICE Consécutif à un accident de service, un accident de trajet ou une maladie professionnelle**

***(sans arrêt de travail)***

**De M/Mme …………………………………………, ………………………………………. *(grade)***

Le Maire *(ou le Président)* de [collectivité ou établissement public],

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l’organisation des comités médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

***(le cas échéant, si agent à temps non complet)*** 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,

***(le cas échéant, si agent stagiaire)*** Vu le décret n° 92-1194du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Vu la déclaration de l’agent en date du …………..…….. comprenant :

* le formulaire de déclaration ………………………. **(*d’accident de service, d’accident de trajet ou de maladie professionnelle*)** précisant les circonstances de ………………..……. ***(l’accident ou la maladie)*** reçu le ……………,
* le certificat médical initial du…………. indiquant la nature et le siège des lésions,

**(*le cas échéant*)** Vu le certificat médical de prolongation de soins au titre de ***(l’accident ou la maladie professionnelle)***,

***(le cas échéant)*** Vu les résultats de l’enquête administrative,

***(le cas échéant)*** Vu l’expertise du médecin agréé en date du ………,

***(le cas échéant)*** Vu l'avis ***(favorable ou défavorable)***du conseil médical en date du ………………….. relatif à l'imputabilité au service de …………… ***(l'accident de service, de trajet)*** survenu le ………………… ou de la **maladie professionnelle** constatée le ……………….. ,

(***pour l’accident de service*)** Considérant que l’accident de service est survenu dans le temps et le lieu du service et à **l’occasion de l’exercice des fonctions de M./Mme ………….. ou d’une activité qui en constitue le prolongement,**

**(*pour l’accident de trajet*)** Considérant que l’accident de trajet s’est produit sur le parcours habituel entre le lieu ou s’accomplit le service de **M/Mme** ………………….. et ………………… **(*sa résidence habituelle ou son lieu de restauration*)** et pendant la durée normale pour l’effectuer,

**(*pour la maladie professionnelle conditions tableau remplies*)** Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M/Mme …………………… a été contractée dans l’exercice ou à l’occasion de l’exercice de ses fonctions et est désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L461-1 et suivants dans les conditions mentionnées à ce tableau**,**

**(*pour la maladie professionnelle conditions partiellement remplies dans le tableau*)** Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M/Mme ……………………. ne remplit que partiellement les conditions des tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 mais qu’il est établi qu’elle est directement causée par l’exercice des fonctions exercées,

**(*pour la maladie professionnelle hors tableau*)** Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M/Mme ……………….. est une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale mais qu’il est établi qu’elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions,

(***pour la maladie professionnelle hors tableau*)** Considérant le taux d’IPP fixé par le conseil médical évalué au moins à 25%,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

L’accident de service/de trajet survenu à M/Mme …………….…., ……………………. ***(grade)***, constaté le **(date)** est reconnu imputable au service.

***ou***

La maladie professionnelle déclarée par M/Mme ……………….., …………….. ***(grade),*** constatée le **(date)** est reconnue imputable au service.

**Article 2 :**

La collectivité prend en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par ………………………... ***(l’accident de service, l’accident de trajet ou la maladie professionnelle)*** (selon l’utilité médicale) ou les frais et soins directement liés au traitement des conséquences sur l’état de santé de l’agent lorsqu’il est rattaché ***(de l’accident ou de la maladie)***

**Article 3**:

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e) et une ampliation sera adressée au comptable de la collectivité ainsi qu’à Monsieur Le Président du centre de gestion.

Fait à le ………………20…

L’autorité Territoriale,

(nom et prénom lisible / signature)

L’autorité Territoriale,

- 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 Châlons en Champagne dans un délai de deux mois à compter de la présente notification :

*Ce recours peut être déposé : directement à l’accueil de la juridiction, par voie postale (de préférence en RAR) ou par l’application Télérecours citoyens accessible par le site* [*www.telerecours.fr*](http://www.telerecours.fr)*.*

- Notifié à l'intéressé(e), le

* Visa de l'intéressé (e),