**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 ET DE MISE EN CONGE POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE d’un fonctionnaire CNRACL**

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

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

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

***(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,

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 indiquant la nature et le siège des lésions,

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

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

***(le cas échéant pour la maladie professionnelle)*** Vu l’avis émis par le médecin de prévention en date du …………,

***(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 ……………….. ,

***(le cas échéant si l’agent a été placé en CITIS provisoire)***, Vu l’arrêté n°………. plaçant M. ………..……… en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire,

***(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 à plus de 25%,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

**L’accident survenu** à M/Mme …………….…., …………………. ***(grade)***, est reconnu imputable au service à compter du ………………………

**ou**

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

**Article 2 :**

M/Mme ......................... est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service du .................... au ......................

**Article 3 :**

Pendant la durée du congé, M/Mme ........................ conserve l'intégralité de son traitement, les avantages familiaux.

**Article 4 :**

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 5 :**

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 lisibles/signature)

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 par lettre recommandée avec accusé de réception) 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),