**Arrêté n°20…\_... PORTANT MISE EN CONGE POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE A TITRE PROVISOIRE consécutif à un accident de service, un accident de trajet ou une maladie professionnelle de M/Mme …………………………………………, ………………………………………. *(grade)***

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

Vu le code général de la fonction publique,

***(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)*

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

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 et notamment ses articles 37-1 à 37-20,

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

Vu le certificat médical de prolongation du ……………… pour la période du …………….. au …………..…..,

***(le cas échéant)*** Vu le certificat médical de rechute de ……………. ***(l’accident de service, d’accident de trajet ou de maladie professionnelle)*** survenu le ……..… et reconnu imputable au service,

Vu l’enquête administrative diligentée

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

***(le cas échéant)*** Vu la saisine du conseil médical en cours ou en date du …………………..,

Considérant qu’un examen auprès d’un médecin agréé a été diligenté le ……………. .et/ou qu’une enquête complémentaire est nécessaire,

Considérant que les délais de ……………..…….. ***(1 mois pour se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident de service/trajet ou de 2 mois pour se prononcer sur l’imputabilité au service de la maladie professionnelle)*** sont dépassés, suite à la réception de la déclaration ……………. ***(d’accident de service/trajet ou de maladie professionnelle)*** et ***(le cas échéant)*** qu’un délai supplémentaire de 3 mois s’est ajouté sans qu’une décision puisse être prise,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

M/Mme ……………..….…., ……………………. (grade), est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire à compter du ……………………

**Article 2 :**

M/Mme ………………….. bénéficiera de l'intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement jusqu’à ce qu’une décision définitive soit prise au terme de l’instruction.

La collectivité prend en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l’accident ou la maladie.

**Article 3 :**

La collectivité pourra retirer ladite décision en cas de non reconnaissance de l’accident ou de la maladie imputable au service. Il sera alors procédé au remboursement par l’agent des sommes qui seraient dès lors indûment versées.

**Article 4 :**

Un exemplaire du présent arrêté sera notifié à l'intéressé(e) et une ampliation adressée à Monsieur le Président du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale et à Monsieur le Receveur Municipal.

 Fait à le ………………20…

 L’autorité Territoriale,

 (nom et prénom lisibles/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.*

- Notifié à l'intéressé(e), le

* Visa de l'intéressé (e),