**Arrêté n°20…\_... DE NON RECONNAISSANCE DE L’IMPUTABILITE AU SERVICE D’UN ACCIDENT DE SERVICE/TRAJET OU D’UNE MALADIE PROFESSIONNELLE**

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

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

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 l’avis du médecin de prévention,

**(*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) de la formation plénière du conseil médical en date du … à l'imputabilité au service de … de (l'accident de service, de trajet) survenu le………………… Ou de la maladie professionnelle constatée le… considérant … (reprendre la motivation de l’avis)

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

**ARRETE**

**Article 1** :

L’accident survenu à M/Mme …………….…, (grade)…….., survenu le ou constaté le ……………….., n’est pas reconnu imputable, en raison de **(motiver la non reconnaissance au regard de l’avis médical)**.

***Ou***

La maladie professionnelle déclarée par M/Mme …………………………, (grade) …………, n’est pas reconnue imputable, en raison de **(motiver la non reconnaissance au regard de l’avis médical)**.

**Article 2** :

M/Mme ………..… est placé(e) en congé pour maladie ordinaire (ou le cas échéant en CLM ou CLD) à compter du …

Les sommes indûment versées (éléments de rémunération et prise en charge des frais médicaux) au titre du placement en CITIS provisoire pour la période du ………..au ……… devront être remboursées par l’agent.

**Article 3** :

L’arrêté n° … du … plaçant M/Mme ………………………….. en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre conservatoire est retiré.

**Article 4**:

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),