**Arrêté n°20…\_... PORTANT PLACEMENT EN CONGE POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE APRES RECHUTE SUITE à un accident de service, un accident de trajet ou une maladie professionnelle àDe 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 l’arrêté en date du [**date**] plaçant M/Mme [**Nom, Prénom**] en congé pour invalidité temporaire imputable au service à compter du [**date**],

Vu la déclaration de rechute de **[l’accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle]** effectuée en date du [**date**], comprenant le formulaire de déclaration de l’incident ainsi que le certificat médical initial indiquant la nature et le siège des lésions,

**(*le cas échéant*)** Vu l’avis du médecin de prévention,

**(*le cas échéant*)** Vu l’avis du conseil médical,

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

**ARRETE**

**Article 1** :

La rechute de [**l’accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle**] de M/Mme ……………………………. survenu *(ou, le cas échéant, constaté)* le [**date**] est reconnu imputable au service.

**Article 2** :

M/Mme ………………………………. est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**].

**Article 3** :

M/Mme ………………... bénéficie du maintien de son plein traitement, de l’indemnité de résidence, du supplément familial ainsi que de ses primes et indemnités pendant la durée du congé. L’agent bénéficie par ailleurs de la prise en charge par la collectivité des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par [**l’accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle**].

**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),