*Modèle …… (Mise à jour octobre 2019)*

****ARRETE N° ………………………………………

**portant reconnaissance d’une imputabilité temporaire imputable au service avec ou sans placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service**

M/Mme …………………………………….......

Grade ……………………………………………

**Logo Collectivité**

*Les éléments en italique bleu ne doivent être conservés que si la collectivité ou l’agent sont concernés.*

**Le Maire *(Le Président)*,**

VU la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 21bis,

VU la loi nº 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

VU le décret nº 87-602 du 30 juillet 1987 modifié relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, notamment ses articles 37-1 et suivants,

VU l'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière,

VU la demande de M*(Mme)*…………… *(Nom, prénom, grade)****,***

VU la déclaration relatant les circonstances de l’accident *(ou la maladie professionnelle)* dont il*(elle)* a été victime le ………………,

VU le certificat médical initial en date du ………………. établi par le docteur …………………*(le cas échéant lorsque l’accident ou la maladie entraîne une incapacité de travail) et prescrivant un arrêt de travail à M(Mme) …………… (Nom, prénom) à compter du …………..,*

*(Le cas échéant, s’il s’agit d’une maladie professionnelle ou après un passage en commission de réforme) VU le rapport de………, médecin du service de médecine préventive référent de la collectivité,*

VU les conclusions de l’enquête administrative en date du …….,

*(Le cas échéant) VU les conclusions administrative de l’expertise médicale en date du …….,*

*(Le cas échéant si la commission de réforme doit être saisie) VU l’avis de la commission de réforme en date du………………………..,*

CONSIDERANT que les circonstances de l’accident *(ou de la maladie)* dont a été victime M*(Mme)* …… *(Nom, prénom)*, établies par les éléments susvisés, conduisent à reconnaître cet accident *(ou cette maladie)* comme imputable au service,

ARRETE

**ARTICLE 1 :**

L'accident survenu dans l'exercice *(ou à l'occasion de l'exercice)* de ses fonctions *à (ou la maladie)* dont est victime M*(Mme)*  ................. *(Nom, prénom, grade)* est reconnue imputable au service.

*(Le cas échéant lorsque l’accident ou la maladie entraîne une incapacité de travail)*

***Article 2 :***

*M(Mme) ……… (Nom, prénom) est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service à compter du …………… jusqu’au …………….*

*Il(Elle) conserve l’intégralité de son traitement jusqu’à la reprise de son service ou son admission à la retraite.*

**ARTICLE 2 *(ou 3):***

M*(Mme)* ………. *(Nom, prénom)* a également droit au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l'accident *(ou la maladie)*.

ARTICLE 3 (*ou 4)* :

Le Directeur Général des services *(ou le secrétaire de mairie ou le directeur)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé*(e)*.

Ampliation adressée :

* au Comptable de la Collectivité,
* à l’intéressé*(e)*.

Fait à …… le …….,

Le Maire *(Le Président)*,

*(Prénom, nom et signature)*

Ou par délégation,

*(Prénom, nom, qualité et signature)*

*Le Maire (Le Président),*

• certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

* informe que celui-ci peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir auprès du tribunal administratif de Grenoble dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr/).

*Notifié le .....................................*

*Signature de l’agent :*