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

****ARRETE N° ………………………………………

**refusant l’imputabilite au service d’un accident ou d’une maladie et la mise en conge pour invalidite 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)* 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) VU les conclusions administrative de l’expertise médicale en date du …….,*

*(Le cas échéant, s’il s’agit d’une maladie) VU le rapport de………, médecin du service de médecine préventive, en date du……..,*

VU l’avis de la commission de réforme en date du……………………….. indiquant……..... *(Résumé de la teneur de l’avis de la commission de réforme),*

CONSIDERANT *(MOTIVATIONS DU REFUS A ADAPTER) ....*

*Il est rappelé à cet endroit que le décret 87-602 prévoit différents cas selon la situation*

* *L’ACCIDENT qui s’est déroulé dans le temps et le lieu du service a pour origine*
	+ *une faute personnelle*
	+ *une circonstance particulière détachant l’accident du service*
* *la MALADIE*
	+ *désignée au tableau dont l’origine professionnelle n’est pas essentiellement et directement établie*
	+ *non désignée au tableau*

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)* n’est pas 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 de maladie ordinaire à compter du …………… jusqu’au ……………. Le premier jour de cet arrêt constitue le jour de carence pour lequel il ne percevra pas de rémunération.*

*(Le cas échéant, si l’instruction s’est étendue hors-délai)*

***Article 2 Bis :*** *L’arrêté de placement provisoire en congé pour invalidité temporaire imputable au service en date du…………. est retiré.*

*Par conséquent, M(Mme)……………. (Nom, prénom) doit rembourser les sommes versées au titre du maintien du plein traitement ainsi qu’au titre des frais médicaux engagés.*

ARTICLE 2 *(ou 3)* :

Le Directeur Général des services 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 :*