**ARRETE D’IMPUTABILITE D’UN ACCIDENT DE SERVICE**

***(OU D’UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU D’UNE MALADIE PROFESSIONNELLE)***

**De Monsieur *(ou Madame) …***

 ***(Fonctionnaires titulaires et stagiaires affiliés CNRACL ou IRCANTEC en cas d’accident ou de maladie sans arrêt de travail)***

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou le Président)* de...

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée par la loi n° 87-529 du 13 juillet 1987, portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié **par le décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008** relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés maladies des fonctionnaires territoriaux,

***Le cas échéant pour un stagiaire****: Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 relatif aux agents stagiaires de la fonction publique territoriale,*

***Le cas échéant pour un 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,*

Vu la demande de reconnaissance d’accident de service *(ou de travail ou de maladie professionnelle)* de Monsieur *(Madame)* …, *(grade)* …, reçue le …,

Vu le certificat médical du Docteur … en date du … constatant l’accident de service *(ou du travail)* survenu le *… (ou pour maladie professionnelle constatée le …)* sans prescrire d’arrêt de travail,

Considérant que l’enquête administrative *(témoignages, rapport hiérarchique…)* diligentée par l’autorité a permis *(ou n’a pas permis)* de confirmer l’imputabilité au service de l’accident *(ou de la maladie professionnelle).*

***Dans le cas d’un agent affilié à la CNRACL :***

*Si la collectivité est amenée à se prononcer sur l’imputabilité au service, elle peut consulter un médecin agréé.*

Vu l’avis émis par Monsieur *(Madame)* … médecin expert agréé, en date du …, sur l’imputabilité au service de l’accident *(ou de la maladie)*,

*Si l’autorité estime que l’arrêt n’est pas imputable au service l’avis de la Commission de Réforme est requis*

Vu l'avis émis le … par la Commission de Réforme constatant l'imputabilité au service de l'accident survenu *(ou de la maladie professionnelle)*.

Considérant que l’accident *(ou la maladie)* est reconnu*(e)* imputable au service.

***Dans le cas d’un agent affilié à l’IRCANTEC :***

Vu le Code de la Sécurité Sociale,

Considérant que l’accident *(ou la maladie professionnelle)* a été reconnu*(e)* imputable au service par le médecin-conseil de la Sécurité Sociale,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

La maladie professionnelle dont est atteint*(e)* *(ou L’accident survenu le …, à … heures, à … (lieu, adresse) dont a été victime)* Monsieur *(Madame)* …, *(grade)…* est imputé*(e)* au service.

**Article 2 :**

***Uniquement pour le fonctionnaire affilié la CNRACL :***

La collectivité *(ou l’établissement)* prendra en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entrainés par l’accident de service *(ou la maladie professionnelle)*.

***Pour les agents relevant de l’IRACNTEC :***

Le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entrainés par l’accident de travail *(ou la maladie professionnelle)* seront pris en charge par la Caisse Primaire d’Assurance Maladie.

**Article 3 :**

Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 4 :**

Le Maire *(ou le Président)* 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 dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

**Article 5**:

Ampliation du présent arrêté sera transmise au Comptable de la collectivité, au Président du Centre de Gestion.

Notifié à l'agent le : Fait à ..., le ...

(date et signature) Le Maire *(ou le Président)*,