**ARRETE PORTANT RECONNAISSANCE DE L’IMPUTABILITE AU SERVICE**

**DE L’ ACCIDENT OU DE LA MALADIE DE M….*…***

*(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 le code général de la fonction publique, art. L115-2, L115-3, L822-18 à L822-25 et L822-27 à L822-30,

Vu l’ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020, portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique, art. 8,

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d’aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires, art. 47-1 à 47-20,

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, art. 37-1 à 37-20,

***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 du conseil médical (formation plénière) est requis*

Vu l'avis émis le … par le conseil médical 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 présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé,
* Transmis au comptable de la collectivité,

 Fait à .............................., le ......................

 Le Maire (ou le Président)

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 2 mois à compter de la présente notification.

Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié à l’agent le .....................................

Signature de l’agent :