**ARRÊTÉ**

**DE MISE EN CONGÉ POUR INVALIDITÉ TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE**

**D’un fonctionnaire CNRACL**

DE M/Mme .....................................................................

GRADE .................................................................

Le/La Maire (ou le/La Président(e)) de .......................................................................................................................

Vu le code général de la fonction publique, et notamment ses articles L.822-18 à L.822-25 et L.822-27 à L.822-30,

***(le cas échéant si agent stagiaire)*** Vu le décret de 92-1194du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale

Vu le décret n°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 et notamment ses articles 37-1 à 37-20,**

**Vu la délibération en date du …………… relative au régime indemnitaire de la collectivité,**

Vu la déclaration de l’agent en date du ………….. comprenant :

* le formulaire de déclaration ………………………. (*d’accident de service, d’accident de trajet ou de maladie professionnelle*) précisant les circonstances de ………….(l’accident ou la maladie) reçu le ……………,
* le certificat médical initial indiquant la nature et le siège des lésions survenue le ……………

**(*le cas échéant*)** Vu le certificat médical de prolongation au titre de ……………………..(*l’accident ou la maladie professionnelle),*

**(*le cas échéant*)** Vu les résultats de l’enquête administrative,

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

**(*le cas échéant*)** Vu l'avis (*favorable ou défavorable*) de la formation plénière du conseil médical en date du ………………….. à l'imputabilité au service de ……………de (*l'accident de service, de trajet)* survenu le………………… ou de la maladie professionnelle constatée le……………….. considérant …………………..(*reprendre la motivation de l’avis*)

**(*le cas échéant si l’agent a été placé en CITIS provisoire*)** Vu l’arrêté n°………. plaçant M./Mme………………en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre conservatoire,

**(*pour l’accident de service*) :**

Considérant que l’accident de service est survenu dans le temps et le lieu du service et à l’occasion de l’exercice des fonctions de M/Mme………………..ou d’une activité qui en constitue le prolongement,

**(*pour l’accident de trajet*)** :

Considérant que l’accident de trajet s’est produit sur le parcours habituel entre le lieu ou s’accomplit le service de M/Mme………………….. et ………………… (*sa résidence habituelle ou son lieu de restauration*) et pendant la durée normale pour l’effectuer,

**(*pour la maladie professionnelle conditions tableau remplies*) :**

Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M/Mme……….. a été contractée dans l’exercice ou à l’occasion de l’exercice de ses fonctions et est désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L461-1 et suivants dans les conditions mentionnées à ce tableau,

**(*pour la maladie professionnelle conditions partiellement remplies dans le tableau*) :**

Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M/Mme………….. ne remplit que partiellement les conditions des tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 mais qu’il est établi qu’elle est directement causée par l’exercice des fonctions exercées,

**(*pour la maladie professionnelle hors tableau*) :**

Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M/Mme………….. est une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale mais qu’il est établi qu’elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions,

**(*pour la maladie professionnelle hors tableau*) :**

Considérant le taux d’IPP fixé par la formation plénière du conseil médical évalué à plus de 25%,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :** L’accident survenu à M/Mme …………….…. *(grade) ………………..,* est reconnu imputable au service à compter du ………………………

**OU**

La maladie professionnelle déclarée par M/Mme …... *(grade)* …………….. est reconnue imputable au service à compter du …………….

**ARTICLE 2 :** M/Mme ..............................., est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service du....................au......................

**ARTICLE 3 :** Pendant la durée du congé, M/Mme............................................................ conserve l'intégralité de son traitement, les avantages familiaux, (le cas échéant) de l’indemnité de résidence, du supplément familial de traitement et, le cas échéant, de ses primes et indemnités.

Au cours de cette période, M/Mme …….. conservera également ses droits à l’avancement d’échelon s’il y a lieu.

*(****Rappel :*** *l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement et la NBI est maintenue, conformément à l’article 2 du décret 93-863 du 18 juin 1993, pendant le congé de maladie ordinaire, le congé pour accident de service, maladie professionnelle, et pendant le congé de longue maladie tant que l’agent n’est pas remplacé dans ses fonctions*

*En ce qui concerne les primes les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont définies par délibération de la collectivité territoriale/de l’établissement public).*

**ARTICLE 4 :** La collectivité prend en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par …………………..(*l’accident de service, l’accident de trajet ou la maladie professionnelle*) (selon l’utilité médicale).

**ARTICLE 5 :** M/Mme ……………… devra se soumettre aux expertises médicales ou aux visites de contrôle auprès d’un médecin agréé diligentées par l'autorité territoriale ou le conseil médical, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération jusqu'à ce que cette visite soit effectuée.

Une visite de contrôle doit être diligentée au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé.

**ARTICLE 6 :** M/Mme ……………… devra informer l'autorité territoriale de tout changement de domicile, sauf en cas d'hospitalisation, de toute absence de son domicile supérieure à deux semaines. Il informe l'autorité territoriale de ses dates et lieux de séjour. A défaut, le versement de sa rémunération peut être interrompu.

**ARTICLE 7 :** Le Directeur Général/La Directrice Générale est chargé(e) de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l'intéressé(e).

**Ampliation adressée au** :

- Président du Centre de Gestion

- Comptable de la collectivité

Fait à …… le …….,

Le Maire (ou le Président),

*(prénom, nom et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

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, dans un délai de deux mois à compter de la présente notification, par courrier adressé au Tribunal Administratif de Nantes ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Notifié le .....................................

Signature de l’agent :