**ARRÊTÉ DE PLACEMENT EN CONGÉ POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE**

Le Maire *(ou le Président)* de .................................

VU le code général de la fonction publique ;

VU le décret nº 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l’organisation des conseils 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 …………… à compter du …..…..,*

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

*(Le cas échéant) 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 professionnelle)* dont a été victime M/Mme …… (Nom, prénom), établies par les éléments susvisés, conduisent à reconnaître cet accident *(OU cette maladie professionnelle)* comme imputable au service,

**ARRETE**

Article 1er : L'accident survenu dans l'exercice *(OU à l'occasion de l'exercice)* de ses fonctions *à (OU la maladie d'origine professionnelle 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 3 : M/Mme ………. (Nom, prénom) a également droit au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l'accident.

Article 4 : L'intéressé(e) est informé(e) que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal administratif de …………… (Indiquer le lieu et l’adresse du tribunal compétent : Tribunal Administratif de Grenoble, 2 Place de Verdun, 38000 GRENOBLE, pour les collectivités de l’Isère) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, éventuellement au moyen d’une requête déposée sur le site www.telerecours.fr

Article 5 : 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 sera adressée :

- au Comptable de la collectivité.

Notifié le ........................ Fait à………………………………

Signature de l'Agent : le .............................……………..

Le Maire *(ou le Président)*

Le Maire *(ou le Président)* certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte qui a été notifié à l'intéressé(e) le .....................

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

L'Autorité Territoriale,