**ARRÊTÉ REFUSANT LE 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 ……………(Nom, prénom) à compter du …….…..,*

*(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, s’il s’agit d’une maladie professionnelle) 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 (à adapter en fonction de chaque demande) au vu des éléments susvisés présents au dossier, que les circonstances de l’accident qui ne s’est pas déroulé à l’occasion du service mais dans le cadre d’un acte de la vie courante sans lien avec le service ne permettent pas d’admettre l’imputabilité de l’accident au service,

OU

CONSIDERANT au vu des éléments susvisés, notamment l’avis de la commission de réforme en date du…….. dont copie est jointe au présent arrêté, ainsi que les conclusions de l’expertise médicale en date du….., que la maladie dont souffre M……..n’est pas d’origine professionnelle car elle ne figure pas au tableau des maladies professionnelles et n’est pas essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et/ou n’entraîne pas une incapacité permanente égale ou supérieure à 25%,

***(Attention : ces motivations très générales et stéréotypées ne doit pas être reprises. Elles ont pour but de rappeler que cette décision doit être motivée en fait (rappel des circonstances) et en droit)***

**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) n’est pas reconnue comme 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 3 : 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 4 : 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,