**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, notamment son article L.822-21,

VU le décret nº 87-602 du 30 juillet 1987, modifié, 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 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 le conseil médical doit être saisie*) VU l’avis du conseil médical en formation plénière 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,

**ARRÊTE**

**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 Besançon, 30 rue Charles Nodier, 25000 BESANCON, pour les collectivités du Jura)* dans un délai de deux mois à compter de sa notification, éventuellement au moyen d’une requête déposée sur le site [www.telerecours.fr](http://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 Président du Centre de Gestion,

- 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,