**8/11 - ARRETE DE CONGE POUR ACCIDENT DE SERVICE**

**OU MALADIE PROFESSIONNELLE**

**DE M./Mme …………………………………**

**GRADE ………………………………………**

**(Agent affilié au régime spécial de sécurité sociale – CNRACL)**

Le Maire / le Président de ………………………. ,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment son article 57,

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,

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet **(pour les agents à temps non complet à plus de 28/35èmes)**

Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 modifié, fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale **(pour les agents stagiaires)**

Vu le certificat médical en date du …/…/… constatant l’accident de service ou la maladie professionnelle survenu(e) le …/…/…,

Vu l’appréciation de la commission de réforme (\*) reconnaissant l’imputabilité au service de l’accident,

Considérant les résultats de l’enquête administrative (\*\*),

**ARRETE**

**Article 1er** : Du fait de l’accident survenu dans l’exercice / à l’occasion de l’exercice de ses fonctions, / Du fait de sa maladie d’origine professionnelle, M./Mme ………………………. (*nom, prénom, grade*) est placé(e) en congé maladie

pour accident de service/ou maladie d’origine professionnelle, à compter du …/…/… (*date*), jusqu’à ce qu’il/elle soit en état de reprendre son service ou jusqu’à sa mise à la retraite.

**Article 2** : Durant le congé, M./Mme ………………………. conservera l’intégralité de son traitement et percevra, en outre, les éléments de rémunération suivants : ………………………. (*le cas échéant*)

Il/elle aura également droit au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l’accident.

**Article 3** : Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e) ; ampliation en sera adressée à l’agent comptable de la collectivité.

Fait à ………… le …/…/…, Notifié le …/…/…,

Le Maire / Le Président Signature de l’agent

(*nom, prénom, qualité et signature*)

Le Maire / Le Président certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte.

Il informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Besançon dans un délai de deux mois à compter de la présence notification

(\*) *La commission de réforme n’est pas consultée si l’imputabilité est reconnue par l’autorité territoriale.*

(\*\*) *L’enquête administrative est effectuée en collaboration avec l’ACMO et le médecin de prévention.*