

## I I / I I - CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

DE M./Mme .....

GRADE .....

Je soussigné(e) .....

Maire / Président de .....

Certifie :

Que M./Mme ..... (*nom, prénom, grade*), employé par la collectivité / l'établissement, est victime d'une maladie provenant de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite / d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions,

Que M./Mme ..... (*nom, prénom, grade*), fonctionnaire territorial titulaire / stagiaire, n'est pas soumis à la législation de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,

Qu'il relève des dispositions de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, et notamment son article 57, 2°,

Que, ..... (*désignation exact de la collectivité employeur*) prendra par conséquent en charge, sur justification, les honoraires médicaux et les frais directement entraînés par la maladie / par l'accident.

Fait à ....., le .../.../...

Signature

*Remarque : l'annexe 2 de la circulaire du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux fixe une liste indicative des frais susceptibles d'être pris en charge*