**ARRÊTÉ DE MISE EN CONGÉ POUR INVALIDITE TEMPORAIRE**

**IMPUTABLE AU SERVICE A TITRE PROVISOIRE**

**Consécutif à un accident de service, un accident de trajet ou une maladie professionnelle**

**Fonctionnaire CNRACL**

**DE Mr(Mme**) ...................................................................................

**DANS LE GRADE DE** .....................................................................

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

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires et notamment son article 21 bis,

(*le cas échéant si agent stagiaire)* Vu le décret de 92-1194 **du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,**

Vu le décret n°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 et notamment ses articles 37-1 à 37-20,

Vu la déclaration de l’agent en date du ………….. comprenant :

* le formulaire de déclaration ………………………. (*d’accident de service, d’accident de trajet ou de maladie professionnelle*) précisant les circonstances de ………….(l’accident ou la maladie) reçu le ……………,
* le certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions survenue le ……………

Vu le certificat médical de prolongation du ……………… pour la période du ………….. au …………..,

(le cas échéant) Vu le certificat médical de rechute de ………. (l’accident ou la maladie) survenu le ………et reconnu imputable au service

Vu le courrier en date du …………….. informant M.(Mme)………………….qu’un examen auprès d’un médecin agréé a été diligenté le ……………..et/ou qu’une enquête complémentaire est nécessaire,

Vu l’enquête administrative diligentée

(*le cas échéant*) Vu l’expertise du médecin agréé en cours ou en date du ……………..,

 (*le cas échéant*) Vu la saisine du conseil médical en formation plénière en date du …………………..

Considérant que les délais de……………..(1 mois pour se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident ou de 2 mois pour se prononcer sur l’imputabilité au service de la maladie) sont dépassés suite à la réception de la déclaration ……….(d’accident ou de maladie professionnelle) et (le cas échéant) qu’un délais supplémentaire de 3 mois s’est ajouté sans qu’une décision puisse être prise,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

M (Mme) …………….…. (grade)……………., est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire à compter du ……………………

**Article 2 :**

M. (Mme)………………….. bénéficiera de l'intégralité de son traitement, les avantages familiaux et selon le cas l’indemnité de résidence jusqu’à ce qu’une décision définitive soit prise au terme de l’instruction.

**Article 3 :**

La collectivité pourra retirer ladite décision en cas de non reconnaissance de l’accident ou de la maladie imputable au service et procèdera aux mesures nécessaires au reversement des sommes indûment versées.

**Article 4 :**

Le Directeur Général est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

 - Notifié à l'intéressé(e).

**Ampliation adressée au** :

- Président du Centre de Gestion

- Comptable de la collectivité

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

**Le Maire (ou le Président**), Le Maire (ou le Président)

- Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- Informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

**Notifié le**  .............................................................................

**Signature de l'agent**