**ARRETE DE PROLONGATION EN CONGÉ POUR INVALIDITE TEMPORAIRE**

**IMPUTABLE AU SERVICE**

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

**d’un 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 92-1194du 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 l’arrêté n°……………… en date du ……. reconnaissant l’imputabilité au service de *………………(l’accident ou la maladie professionnelle)* survenu le …………….et plaçant M.(Mme)………... en congé pour invalidité temporaire imputable au service du ……. ……………

*(Le cas échéant*) Vu l’expertise du médecin agréé réalisée en date du…………..portant contrôle de l’aptitude physique de M.………….

(*Le cas échéant*) Vu l’avis du conseil médical en formation plénière saisie des conclusions du médecin agréé portant sur le contrôle de l’aptitude physique de M………………

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

M.(Mme) .........................., (*nom de jeune fille*) ............................, est prolongé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service du....................au...................... consécutif à ………………….(accident ou maladie professionnelle)

**Article 2 :**

Pendant la durée du congé, M.(Mme) ......................................................................... conserve l'intégralité de son traitement, les avantages familiaux et selon le cas l’indemnité de résidence.

**Article 3 :**

La collectivité prend en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais et soins directement liés au traitement des conséquences sur l’état de santé de l’agent lorsqu’il est rattaché à ………………. (*l’accident ou la maladie*)

**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**