**ARRÊTÉ D’IMPUTABILITE AU SERVICE**

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

***(sans arrêt de travail)***

**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 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 initial indiquant la nature et le siège des lésions survenue le ……………

(*le cas échéant*) Vu le certificat médical de prolongation de soins au titre de ……………………..(l’accident ou la maladie professionnelle),

(*le cas échéant*) Vu les résultats de l’enquête administrative,

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

(*le cas échéant*) Vu l'avis (*favorable ou défavorable*) du conseil médical en formation plénière en date du ………………….. à l'imputabilité au service de ……………de (l'accident de service, de trajet) survenu le………………… ou de la maladie professionnelle constatée le……………….. considérant …………………..(*reprendre la motivation de l’avis*)

(*pour l’accident de service*) Considérant que l’accident de service est survenu dans le temps et le lieu du service et à l’occasion de l’exercice des fonctions de M.(Mme)…………..ou d’une activité qui en constitue le prolongement,

(*pour l’accident de trajet*) Considérant que l’accident de trajet s’est produit sur le parcours habituel entre le lieu ou s’accomplit le service de M (Mme)………………….. et ………………… (*sa résidence habituelle ou son lieu de restauration*) et pendant la durée normale pour l’effectuer,

(*pour la maladie professionnelle conditions tableau remplies*) Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. a été contractée dans l’exercice ou à l’occasion de l’exercice de ses fonctions et est désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L461-1 et suivants dans les conditions mentionnées à ce tableau,

(*pour la maladie professionnelle conditions partiellement remplies dans le tableau*) Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. ne remplit que partiellement les conditions des tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 mais qu’il est établi qu’elle est directement causée par l’exercice des fonctions exercées,

(*pour la maladie professionnelle hors tableau*) Considérant que la maladie professionnelle déclarée par M. (Mme)………….. est une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnées aux articles L461-1 et suivants du code de la sécurité sociale mais qu’il est établi qu’elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions,

(*pour la maladie professionnelle hors tableau*) Considérant le taux d’IPP fixé par le conseil médical en formation plénière évalué à plus de 25%,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

L’accident survenu à M …………….…. (grade), est reconnu imputable au service à compter du ………………………

ou

La maladie professionnelle déclarée par M …... (grade) est reconnue imputable au service à compter du …………….

**Article 2 :**

La collectivité prend en charge le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par …………………..(*l’accident de service, l’accident de trajet ou la maladie professionnelle*) (selon l’utilité médicale) ou les frais et soins directement liés au traitement des conséquences sur l’état de santé de l’agent lorsqu’il est rattaché (*de l’accident ou de la maladie*)

**Article 3 :**

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**