ARRETE DE REFUS D’IMPUTABILITE AU SERVICE D’UN ACCIDENT DE SERVICE, UN ACCIDENT DE TRAJET OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE – FONCTIONNAIRE CNRACL

 DE M ……...................................................

 GRADE ......................................................

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

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le Code général de la fonction publique,

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,

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

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 du…………. indiquant la nature et le siège des lésions,

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

*(Le cas échéant)* Vu l’avis émis par le médecin du travail en date du ………………………………,

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

*(Le cas échéant)* Vu l'avis défavorable du conseil médical en date du …………………. considérant …………….. *(reprendre la motivation de l’avis),*

Considérant que la *(faute personnelle ou circonstance particulière)* est de nature à détacher l'accident (ou l’accident de trajet) du service ou que la maladie n’est pas directement causée par l’exercice des fonctions (pour une maladie désignée dans le tableau des maladies professionnelles) ou que la maladie n’est pas essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions ou n’est pas susceptible d’entrainer une incapacité permanente à un taux de 25% (s’il s’agit d’une maladie hors tableau),

*(le cas échéant si l’agent a été placé en CITIS provisoire),*Vu l’arrêté n°……….plaçant M ………………en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire,

ARRETE

**ARTICLE 1 :**

L’accident survenu à M …………….…, (grade)…….., survenu le ou constaté le ……………….., n’est pas reconnu imputable au service.

OU

La maladie professionnelle déclarée par M …………………………, (grade) …………, n’est pas reconnue imputable au service.

**ARTICLE 2 :**

Les arrêts de travail en lien avec l’accident ou la maladie sont pris en charge au titre de la maladie ordinaire.

**ARTICLE 3 :**

*(le cas échéant)* L’arrêté n° … du … plaçant M ………………………….. en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre conservatoire est retiré.

Il sera procédé aux mesures nécessaires de reversement des sommes indûment versées.

**ARTICLE 4 :**

Le présent arrêté sera :

 - notifié à l’agent,

 - transmis au comptable de la collectivité,

 - transmis au Président du Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale.

Fait à …… le …….,

Le Maire (ou le Président),

*(prénom, nom lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

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.

 - Le tribunal administratif peut être saisi par l’application

 informatique « Télérecours citoyens » accessible par le

 site Internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le : ....................

Signature de l’agent :