**ARRETE PLACANT**

**UN AGENT CONTRACTUEL EN CONGE SANS REMUNERATION**

**CONSECUTIF A UN ACCIDENT DU TRAVAIL**

**OU A UNE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**(prolongation au-delà de la période rémunérée à plein traitement)**

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

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale ;

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l’application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié pris pour l’application de l’article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment son article 9 ;

Vu le contrat à durée déterminée en date du …………………… recrutant M………………………………………………………………… du …………………… au …………………… inclus en qualité de …………………………………………………… *(préciser le grade)* ;

*ou* Vu le contrat à durée indéterminée en date du …………………… recrutant M………………………………………………………………… à compter du …………………… en qualité de …………………………………………………… *(préciser le grade)* ;

Vu le certificat médical (de prolongation) en date du …………………… relatif à l’accident du travail de M………………………………………………………………… survenu le …………………… (ou à la maladie professionnelle constatée le ……………………) ;

Considérant que l’agent justifie d’une ancienneté de services de ……………………………………… auprès de la collectivité de ………………………………………………… ;

Considérant que M………………………………………………………………… a bénéficié d’un congé rémunéré pour accident de travail (ou maladie professionnelle) d’une durée de …………………… ;

Considérant que l’accident de travail (ou la maladie professionnelle) a été reconnu(e) imputable au service par le médecin-conseil de la Sécurité Sociale ;

**ARRETE**

**ARTICLE** **1** : M…………………………………………………………………, né(e) le ……………………, …………………………………………………… *(préciser le grade)* contractuel, est placé en congé sans rémunération du …………………… au …………………… inclus (la durée du congé ne doit pas excéder le terme du contrat).

**ARTICLE 2 :** Durant la période précitée, M………………………………………………………………… percevra les indemnités journalières versées par la Caisse Primaire d’Assurance Maladie.

Le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par l’accident du travail (ou la maladie professionnelle) seront pris en charge par la Caisse Primaire d’Assurance Maladie.

**ARTICLE 3** : Le présent arrêté sera :

- notifié à l’agent,

- transmis au Président du Centre de gestion,

- transmis au comptable de la collectivité,

Fait à …………………………………………,

Le ………………………………………………,

Le Maire *(ou le Président)*,

NOTIFIE A L’AGENT LE :

*(date 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 2 mois à compter de la présente notification.

Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informative « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.