**MODELE**

**ARRÊTÉ DE PLACEMENT PROVISOIRE EN CONGÉ POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE**

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

VU la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 21bis,

VU la loi nº 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

VU le décret nº 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, notamment ses articles 37-1 et suivants,

VU la déclaration relatant les circonstances de la maladie professionnelle dont l’agent a été victime le ………………,

VU le certificat médical initial en date du ………………. établi par le docteur ………………… et prescrivant un arrêt de travail à M/Mme …………… à compter du …..……..,

CONSIDERANT que, malgré ses diligences, le Maire (ou le Président)de ........................... n’est pas en mesure de statuer sur la demande de l’agent dans les délais prescrits par l’article 37-5 du décret n°87-602 précité,

CONSIDERANT que, conformément à l’article 37-5 alinéa 5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il appartient de statuer provisoirement sur la demande de M/Mme……………………,

**ARRÊTE**

**Article 1er** : La maladie d'origine professionnelle dont est victime M/Mme ................. est reconnue **à titre provisoire** imputable au service.

**Article 2** : M/Mme ……….… est placé(e) **à titre provisoire** en congé d’invalidité temporaire imputable au service à compter du …………… jusqu’au ……………. *(Dates de l’arrêt de travail initial)*.

**Article 3** : Pendant toute cette période, et jusqu’à ce qu’une décision définitive intervienne, l’agent conserve l’intégralité de son traitement.

M/Mme……………… a également droit, sur présentation des justificatifs, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie professionnelle.

**Article 4** : Aux termes de l’instruction, si l’imputabilité au service de la maladie professionnelle n’est pas reconnue, le présent arrêté sera retiré. L’autorité territoriale demandera alors le remboursement des sommes versées au titre du maintien du plein traitement ainsi qu’au titre des frais médicaux engagés.

**Article 5 :** Le présent arrêté sera notifié à l'agent. Une copie sera transmise au comptable de la collectivité et au Président du Centre de Gestion.

Le Maire (ou le Président), Fait à………………………………

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte, le .............................……………..

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un Le Maire(ou le Président)

d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Lyon dans un délai de deux mois à compter de la présente notification. Le Tribunal administratif peut être saisi d’une requête déposée sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le .....................................

Signature de l’agent :