

(fonctionnaires à temps complet)

**ARRETE DE MISE EN CONGE MATERNITE**  
**DE M \_\_\_\_\_, (GRADE) \_\_\_\_\_**

\*\*\*\*\*

Le Maire (ou Le Président) de \_\_\_\_\_,

- Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, 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 code de la Sécurité Sociale ;
- Vu le certificat médical fixant la date présumée de l'accouchement au \_\_\_\_\_ ;
- Vu le certificat médical présenté par M \_\_\_\_\_ prescrivant un repos supplémentaire «maternité» de 2 semaines en cas de grossesse pathologique ou 4 semaines en cas d'accouchement pathologique, à compter du \_\_\_\_\_ ;

**A R R E T E**

**ARTICLE 1** : M \_\_\_\_\_ est placée en congé de maternité à compter du \_\_\_\_\_ pour une période de 16 semaines (durée prolongée en cas de naissances multiples et à partir du 3ème enfant).

**ARTICLE 2** : M \_\_\_\_\_ percevra pendant cette période l'intégralité de sa rémunération.  
*(la rémunération de l'agent autorisé à exercer ses fonctions à temps partiel, est rétablie à plein traitement pendant la durée du congé de maternité).*

**ARTICLE 3** : Le Directeur Général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :  
- Notifié à l'intéressé(e).

Ampliation du présent arrêté sera adressée à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion,
- Monsieur le Comptable de la Collectivité.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_,

Le Maire (ou Le Président),

Nom :

Prénom :

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.

Notifié le .....

Signature de l'agent :