|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………**Arrêté portant placement en (ou renouvellement du) congé de grave maladie***(Fonctionnaire IRCANTEC inférieur à 28 h / contractuels de droit public avec une ancienneté supérieur à 3 ans)**(Plein ou demi traitement)*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) Vu le décret n° 91-298 du 20 Mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,*

*(Le cas échéant, pour les contractuels comptant plus de 3 ans d’ancienneté) Vu le décret n° 88-145 du
15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,*

Vu l’avis du Conseil Médical en date du ....................., se prononçant pour la mise en congé de grave maladie de M ......................................................................., pour une période de ..............................., soit du ..................... au .....................,

Vu le certificat médical d’arrêt de travail (ou de prolongation) produit par ..................... pour la période du ..................... au .....................,

Considérant que M .................................................................. n’a pas bénéficié d’un congé de grave maladie au cours des douze derniers mois,

OU

Considérant que M ...................................................... a déjà bénéficié d’un congé de grave maladie du .................. au ......................, rémunéré à ................................. (plein ou demi traitement),

Considérant que M................... relève du régime général de la Sécurité Sociale,

**ARRETE**

ARTICLE 1 : M ..................... (grade, emploi) est placé*(e)* en congé de grave maladie à …………….. *(plein ou demi traitement)*, pour une période de .............................., soit du ..................... au .....................

OU

M ..................... est maintenu*(e)* en congé de grave maladie à …………………. *(plein ou demi traitement)*, pour une période de .................................., soit du .............................au .....................

ARTICLE 2 : M ..................... percevra ..................... *(l’intégralité ou la moitié)* de son traitement sur la base de ..................... heures hebdomadaires pendant la période d’arrêt de travail du ..................... au ..................... *(le supplément familial de traitement reste versé au prorata de la durée hebdomadaire de service)*, *(le cas échéant) sous déduction faite des indemnités journalières de Sécurité Sociale pour lesquelles la collectivité pourra demander la subrogation.*

 En période de demi traitement, l’agent percevra directement ses indemnités journalières de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie et fournira les décomptes correspondants à la collectivité qui vérifiera que celles-ci sont au moins équivalentes au demi traitement statutaire garanti.

**ARTICLE 3 :** Le Secrétaire général (*ou le Directeur Général des services*) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

 - au Président du Centre de Gestion de la Charente

 - au Comptable de la collectivité

 Fait à………………………,

 le……………………………

 Prénom, Nom et qualité du signataire

|  |
| --- |
| 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 de POITIERS (86) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.Ce recours peut être déposé sur l’application informatique « Télérecours citoyens », accessible par le site : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)Notifié le ……………………………..Signature de l’agent : |