|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant placement en congé d’adoption**  *(Fonctionnaire CNRACL ou IRCANTEC et agent contractuel de droit public)*  M …………………………………………………………………………………………….  Grade ……………………………………………………………………………………… |

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique et notamment son article L.631-8,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n° 2021-846 du 29 juin 2021 relatif aux congés de maternité et liés aux charges parentales dans la Fonction Publique Territoriale,

*(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) Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la Fonction Publique Territoriale,*

Vu le certificat attestant l’arrivée au foyer de M ……………, de l’enfant ……………… *(nom, prénom)* né*(e)* le ………………………………,

**ARRETE**

ARTICLE 1 : M .............................. (grade, emploi) est placé*(e)* en congé d’adoption pour une durée de ..................... semaines, soit du ................................. au ..................................

ARTICLE 2 : M ................................. percevra pendant cette période l’intégralité de sa rémunération, *(poursuivre seulement si agents IRCANTEC)* *(le cas échéant) déduction faite des indemnités journalières de Sécurité Sociale pour lesquelles la collectivité pourra demande la subrogation.*

*(La rémunération de l’agent autorisé à exercer ses fonctions à temps partiel, est rétablie à plein traitement pendant la durée de ce congé d’adoption).*

**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 : |

**Code de la sécurité sociale :**

* Adoption simple : 16 semaines si l’intéressé ou le ménage a moins de 2 enfants, et 18 semaines si l’intéressé ou le ménage assume déjà la charge d’au moins 2 enfants
* Adoptions multiples : 22 semaines