|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………**Avenant au contrat à durée (in)déterminée portant mise en congé de proche aidant**M …………………………………………………………………………………………….Grade ……………………………………………………………………………………… |

ENTRE

Le / la …………………. *(collectivité ou établissement)* de ………………………… représenté(e) par son ………………….. *(Maire ou Président),*

ET

M/Mme ............, né(e) le ............... à ............... demeurant à .....................

Vu le Code Général de la Fonction Publique,

Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la Fonction publique territoriale,

Considérant que le congé de proche aidant est accordé de droit par période de 3 mois maximum renouvelable dans la limite d’un an sur l’ensemble de la carrière, lorsque l’une des personnes mentionnées à l’article
L. 3142-16 du Code du travail présente un handicap ou une perte d’autonomie d’une particulière gravité,

Considérant la demande écrite de mise en congé de proche aidant présentée par Mme/M..........................., pour une durée de ………… à compter du ………………,

Considérant les justificatifs joints à la demande,

Considérant qu’il y a lieu de faire droit à la demande de l’agent,

Ceci exposé, il est convenu ce qui suit :

**ARTICLE 1 :** A compter du ………………, le contrat à durée (in)déterminée de Mme/M …......... est modifié comme suit :

*Mme/M .......................................... est placé(e) en congé de proche aidant à compter du ..................... jusqu’au ……………… (durée maximum 3 mois).*

Ou

*Mme/M .......................................... est placé(e) en congé de proche aidant par période fractionnées (au moins une journée)*

* *du …………….jusqu’au…………………..*
* *du …………….jusqu’au…………………..*
* *du* *…………….jusqu’au…………………..*

Ou

*Mme/M ............................................ est placé en congé de proche aidant à compter du...................... jusqu’au ……………….. (durée maximum 3 mois), sous la forme d’un service à temps partiel d’une quotité de …% de son temps de travail.*

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période, Mme/M.................................. ne percevra aucune rémunération.

 Les services effectués en congé de proche aidant sont assimilés à une période de service effectif et sont pris en compte pour la constitution et la liquidation des droits à pension.

**ARTICLE 3 :** En cas de renouvellement, la demande devra être présentée au moins 15 jours avant l’expiration de la période de congé de proche aidant.

**ARTICLE 4 :** Le congé prend fin à l'expiration de la période autorisée.

 Il peut être mis fin au congé de proche aidant avant le terme fixé par le présent avenant, sur demande écrite de l’intéressé(e), dans les cas suivants : décès de la personne aidée, admission dans un établissement de la personne aidée, diminution importante des ressources de l’agent, recours à un service d'aide à domicile pour assister la personne aidée, congé de proche aidant pris par un autre membre de la famille ou lorsque l'état de santé du fonctionnaire le nécessite. La demande doit intervenir au moins 15 jours avant la date à laquelle l’agent entend bénéficier de ces dispositions. En cas de décès de la personne aidée, ce délai est ramené à 8 jours.

**ARTICLE 5 :** A l'expiration du congé de proche aidant, l'intéressé(e) bénéficie des conditions de réemploi définies aux articles 33 et 34 du décret n°88-145 du 15 février 1988.

**ARTICLE 6 :** Les autres dispositions prévues par le contrat de travail et ses avenants précédents demeurent inchangées.

**ARTICLE 7 :** 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

**Faire précéder la signature des parties par la mention manuscrite "Lu et Approuvé"**

 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 : |