**ARRÊTÉ DE MISE EN CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE**

**A PLEIN *ou DEMI-TRAITEMENT***

*(Pour les agents contractuels)*

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

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

**VU** la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale ;

**VU** le décret 88-145 du 15 février 1988 pris pour application de l’article 136 de la loi du 26 janvier 1984, relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ;

**VU** l'article 35 du décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945 relatif au droit de subrogation des communes d'encaisser aux lieux et places de l'intéressé les indemnités journalières qui lui sont dues par la Caisse d'assurance maladie ;

**VU** le certificat médical établi par le Docteur ………..., préconisant un arrêt de travail de ………......jours à compter du ………….;

**VU** le contrat d’engagement de Monsieur *(ou Madame)* ………… établi le……….pour une durée de ………… ;

**VU L**e tableau récapitulatif des arrêts de maladie précédents annexé au présent arrêté ;

**Considérant** que Monsieur *(ou Madame)* ………. justifie d’une ancienneté de services de…………. *(Rappel :* *après 4 mois de services l’agent a droit à 1 mois à plein et 1 mois à demi-traitement, après deux ans de services l’agent a droit à 2 mois à plein et 2 mois à demi-traitement, après trois ans de services l’agent a droit à 3 mois à plein et 3 mois à demi-traitement. A défaut il est placé en congé sans traitement)*;

**Considérant** que durant la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, Monsieur *(ou Madame) ………..*… n'a pas bénéficié de congé de maladie ordinaire, ou a bénéficié de … (jours) de congés de maladie rémunérés à plein ou à demi-traitement ;

**Considérant** que Monsieur *(ou Madame)* …………. est soumis au régime général de Sécurité Sociale.

**ARRÊTE**

**Article 1er :** Monsieur *(ou Madame)* …….... est placé*(e)* en congé de maladie à compter du ………….. et jusqu'au …………...,

**Article 2ème** Dans cette position, Monsieur *(ou Madame)* ... conservera l'intégralité de son traitement d'activité *ou de son traitement réduit de moitié* (*détailler les périodes).*

*(Rappel : Si les indemnités journalières versées par la CPAM à la collectivité sont supérieures au traitement servi, la différence sera reversée à l’agent).*

**Article 3ème :** Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 4ème** : Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de sa transmission et de sa publication

Fait à le

Le Maire *(ou le Président)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le Maire *(ou le Président)*,  - Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire du présent arrêté  Le . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté l  le . . / . . /  *Signature de l’agent,* |