ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**DE MISE EN *PROLONGATION D’UN* CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE A PLEIN *ou DEMI-TRAITEMENT***

*(Pour les fonctionnaires relevant du régime général)*

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

**Mention en jaune : à enlever ou à modifier en fonction de la situation**

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

**VU** le code de la Sécurité Sociale, et Vu le décret n°60-58 du 11 janvier 1960 définissant le régime de protection sociale des fonctionnaires territoriaux,

**VU** la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant statut de la Fonction Publique Territoriale et la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

**VU** l’article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018

**VU** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l’organisation des comités médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

**VU** le décret 91-298 du 20 mars 1991 relatif aux agents occupant des emplois à temps non complet, et relevant du régime général,

**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(e) 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 ..…….. au …………

***Le cas échéant : en cas de prolongation ; ou de reprise de moins de 48h entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause ; ou en cas de nouvel arrêt accordé postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée (voir précision du médecin sur le volet n° 2 du certificat médical) :***

***VU*** *l'arrêté en date du ………… plaçant M/Mme ………….… en congé de maladie à compter du ………… et lui appliquant un jour de carence,*

**VU** le récapitulatif des arrêts de maladie précédents annexé au présent arrêté,

**Considérant** que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M/Mme ……….... .pas . *a bénéficié de … (jours) de congés de maladie rémunérés à plein traitement ou à demi-traitement dont … jour(s) de carence*,

**Considérant q**ue M/Mme…………….… est soumis au régime général de Sécurité Sociale,

**ARRÊTE**

**Article 1er :**

***Le cas échéant : en cas d’arrêt initial à plein ou à demi-traitement :***

À compter du …………..., M/Mme ………...., né(e) le ……….…, (grade) …,est maintenue *(e)* en congé de maladie ordinaire pour une période allant jusqu'au ………..... inclus et rémunérée comme suit :

* Du ………… au ……. : soit ………….jours à plein traitement,
* Du ………… au ……. : soit ………….jours à demi-traitement ***Le cas échéant :*** *(ou les 2/3 de son traitement si l'agent a 3 enfants et plus à charge et totalise plus de 30 jours d’arrêt de travail consécutifs).*

*En ce qui concerne les primes et à compter du deuxième jour d’arrêt, les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont définies par délibération de la collectivité territoriale).*

**Article 2ème :** M/Mme……………………... devra se soumettre aux contrôles médicaux. Il *(ou elle)* devra avertir l'autorité de toute nouvelle prolongation si possible au moins la veille de la date de reprise initialement prévue et transmettre le certificat médical de prolongation dans un délai maximum de 48 H à compter du 1er jour de la prolongation.

**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,* |