ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**PORTANT PROLONGATION D’UN CONGE DE LONGUE MALADIE A PLEIN**

 ***(OU DEMI)* TRAITEMENT**

**de M/Mme ………………**

***(Fonctionnaire affilié à la C.N.R.A.C.L.)***

***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 en fonction de la situation**

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

**VU** la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

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

**VU** le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l’application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif à l’organisation de comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

***VU*** *la demande du ………, appuyée d’un certificat de son médecin traitant spécifiant qu’il est susceptible de bénéficier d’un congé de longue maladie, présentée par M/Mme ………………*

***OU***

***VU*** *le rapport de…………,médecin du service de médecine préventive (en cas de placement d’office en congé),*

**VU** l’avis du Comité Médical du ………, se prononçant pour la mise en congé de longue maladie de M/Mme …………, pour une période de …………, à compter du ………,

*(Eventuellement)* **VU** *l’arrêté en date du …… plaçant M/Mme…………, en congé de longue maladie en cas de mise à demi-traitement,*

***OU***

***Considérant*** *que M/Mme …………… a déjà bénéficié d’un congé de longue maladie du …………au ………… au cours des douze derniers mois,*

**ARRÊTE**

**Article 1er :** A compter du …….., M/Mme …….. né*(e*) le ……, *(grade)* …………………... est maintenue congé de longue maladie à plein traitement *(ou demi-traitement)* pour une période de ………, allant jusqu’au ……… inclus.

**Article 2ème** : Pendant cette période, M/Mme ……… percevra l’intégralité *(ou la moitié 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)* du traitement afférent à l’indice brut ……, l’indice majoré …….

*(****Pour rappel****: l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement, et la NBI est maintenue, conformément à l’article 2 du décret 93-863 du 18 juin 1993, pendant le congé de maladie ordinaire, le congé pour accident de service, maladie professionnelle, et pendant le congé de longue maladie tant que l’agent n’est pas remplacé dans ses fonctions.*

*En ce qui concerne les primes, les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont définies par délibération de la collectivité territoriale)*

**Article 3ème** : La demande de renouvellement de ce congé devra être présentée par le fonctionnaire au moins un mois avant l’expiration de la période de congé prévu par l’article 1er, sur justification d’un certificat médical du médecin traitant, à peine d’interruption de la rémunération.

**Article 4ème** : Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 5ème** : 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 arrêtéLe . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté lle . . / . . /*Signature de l’agent,* |

***Pour rappel :***

*Durée de la longue maladie :*

* *trois ans au maximum*
* *un autre congé de longue maladie peut être accordé après la reprise des fonctions pendant au moins un an.*

*Rémunération :*

* *un an à plein traitement,*
* *deux ans à demi-traitement)*