ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**PORTANT  *RENOUVELLEMENT* D’UN CONGE DE LONGUE DUREE A PLEIN *(OU DEMI)* TRAITEMENT**

**De Monsieur *(ou Madame)* …**

***(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 ou modifier 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** l’avis du comité médical départemental en date du ……… se prononçant pour l’octroi d’un congé de longue durée à M/Mme ……..grade……….…pour une période de …..… à compter du ……..,

***(Eventuellement)*** *Vu l’arrêté en date du …………, plaçant M/Mme …….… en congé de longue durée pour une période de … à compter du …*

*Considérant que M/Mme ………….… n’a jamais bénéficié au cours de sa carrière d’un congé de longue durée,*

***Ou (cas où survient une maladie d’une autre nature que celle ouvrant droit au congé de longue durée initial) :***

***Considérant*** *que M/Mme…………peut prétendre à un nouveau congé de longue durée,*

***Ou (cas de rechute ou de maladie de même nature que celle précédemment constatée) :***

***Considérant*** *que M/Mme …………… a déjà bénéficié d’un congé de longue durée pour une période de ……… du ……… au ……… qui doit s’imputer sur l’ensemble des droits de l’agent à ce congé,*

**ARRÊTE**

**Article 1er :** A compter du ………, M/Mme ….…né(e) le ……..…, (grade) ……... est maintenu(e) en congé de longue durée 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)* 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. 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 arrêté  Le . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté l  le . . / . . /  *Signature de l’agent,* |

***(Pour rappel :***

*Durée du congé de longue durée pour maladie contractée en service :*

* *cinq ans maximum au titre de la même affection,*
* *un autre congé de longue durée peut être accordé, pour une autre affection.*

*Rémunération :*

* *trois ans à plein traitement,*
* *deux ans à demi-traitement.)*