ARRÊTÉ PORTANT RÉINTÉGRATION APRÉS UN CONGÉ DE MALADIE

ARRÊTÉ N°…………….

(M*aladie ordinaire, longue maladie, longue durée ou grave maladie*)

***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°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 pris pour l'application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

**Considérant** que M/Mme *………………..…* a été placé*(e)* en congé de …………….… (*maladie ordinaire, longue maladie, longue durée ou grave maladie*), pour la période du … au … ;

**VU** l’avis du Comité médical en date du …………..…, se prononçant sur l’aptitude physique à la reprise les fonctions de l’intéressé(e), à compter du …

*(****Pour rappel :*** *l’avis du Comité médical est obligatoire après un congé de maladie ordinaire de douze mois consécutifs, à l’issue d’un congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie)*

**ARRÊTE**

**Article 1:** A compter du ……………….…, M/Mme …………..…, né*(e)* le …………….…, *(grade)* …………..…, est réintégré*(e)* dans son poste au grade de …………………...

**Article 2:** L'intéressé(e) est classé(e) à l'échelon …… - IB …… - IM …… Ancienneté du ……

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

**Article 4**: 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,* |