ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**MISE EN CONGÉ DE MATERNITÉ**

**de Mme** ..............................................

**Mention en jaune : à enlever ou à 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° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet (à ne faire apparaître que si l'agent est nommé sur un emploi à temps non complet),

**VU** le décret n° 92-1194 du 04 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la Fonction Publique Territoriale (à ne faire apparaître que si l'agent est stagiaire),

**VU** le certificat médical en date du ……………………, fixant la date présumée de l'accouchement,

(***Le cas échéant***)

**ARRETE**

**Article 1er :** Madame ....................................,...............................................................,grade de l’agent.............................................................................................. est placée en congé de maternité, à compter du ..............................................., pour une période de ........................ semaines,

**Article 2ème :** Durant cette période, Madame.................................................................................... percevra l'intégralité de sa rémunération.

(***La rémunération de l'agent autorisé à exercer ses fonctions à temps partiel, est rétablie à plein traitement pendant la durée du congé de maternité ou d'adoption****),*

**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,* |

**CongÉ de MaternitÉ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre de semaines** | | |
|  | **CongÉ prÉnatal** | **CongÉ postnatal** | **Total** |
| **Grossesse simple**  **•** L'agent féminin ou le ménage a moins de 2 enfants  **•** L'agent féminin ou le ménage assume déjà la charge d'au moins 2 enfants ou l'agent féminin a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables.  **N.B. : Pour l'appréciation des droits, la situation familiale de l'agent féminin ou du ménage est appréciée au début du congé accordé.** | **6**  **8** | **10**  **18** | **16**  **26** |
| **Grossesse GÉmÉllaire** | **12** | **22** | **34** |
| **Grossesse de TriplÉs (ou +)** | **24** | **22** | **46** |