ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

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

*(Pour les fonctionnaires relevant de la CNRACL – 3 Enfants à charge )*

***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** 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 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,

**VU** le certificat médical établi par le Docteur ……..., préconisant un arrêt de travail de ….... jours à compter du …...,

***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 M/Mme ........................................................................... a bénéficié de son plein traitement pendant trois mois (la période de référence étant les 365 jours qui précèdent chaque jour d'arrêt de travail mentionné sur le certificat médical),

***Si l’agent bénéficie d’un congé maladie ordinaire depuis 6 mois consécutifs, la saisine du comité médical est obligatoire***

***VU*** *l'avis du comité médical départemental rendu le ……....*

**ARRÊTE**

**Article 1er :** À compter du ………..., M/Mme ………...., né*(e)* le ………., *(grade)* …….…, est maintenue en congé de maladie ordinaire pour une période allant jusqu'au ……….. inclus et rémunérée comme suit :

* Le 1er jour d’arrêt, soit le ………. : sans traitement *(ni IR, ni NBI, ni primes)*, le SFT est néanmoins maintenu dans sa totalité,
* Du ……….… au ……….. : soit …….… jours à plein traitement,
* Du ……….… au ……….. : soit …….… jours à 2/3 de son traitement (l’agent a 3 enfant à charge et plus et totalise plus de 30 jours d’arrêt de travail consécutifs)

*(****Rappel :*** *à compter du deuxième jour d’arrêt, l’indemnité de résidence est versée 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 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,* |