**ARRETE PORTANT PROLONGATION DU CONGE DE LONGUE DUREE**

**(au-delà des 3 ans de plein 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.***

*Durée du congé de longue durée : 5 ans au maximum. Rémunération : 3 ans à plein traitement, 2 ans à demi-traitement.*

*L'autorité territoriale fait procéder à l'examen médical du fonctionnaire par un médecin agréé au moins une fois par an.*

*Le renouvellement de la période à demi-traitement d’un congé de longue durée se fait sur demande de l’agent avec, à l’appui, un certificat médical de son médecin traitant.*

Le Maire *(ou le Président)* de ...

Vu le code général de la fonction publique, art. L115-1 à L115-6 ; L822-12 à L822-17 et L822-27 à L822-30 ;

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d’aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires, art. 29 à 47 ;

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, art. 20 à 37 ;

Vu la demande de Monsieur (ou Madame) …… en date du …, appuyée d’un certificat de son médecin traitant spécifiant qu’il est susceptible de bénéficier d’un congé de longue durée,

***Ou***

*Vu le rapport de ..., médecin du service de médecine préventive (en cas de placement* ***d’office*** *en congé de longue durée),*

*Vu la visite du …., effectuée par M….., médecin agréé (en cas de placement* ***d’office*** *en congé de longue durée)*

Vu l’avis du conseil médical du …, se prononçant pour la prolongation du congé de longue durée de Monsieur *(ou Madame)* …, pour une période de …, soit du … au …,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du …, le congé de longue durée de Monsieur *(ou Madame)* … né*(e*) le …, *(grade)* ... est prolongé pour une période de …, soit du … au … inclus.

**Article 2** :

Pendant cette période, Monsieur (ou Madame) … percevra 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 3** :

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 4 :** Le présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé,
* Transmis au comptable de la collectivité,

Fait à .............................., le ......................

Le Maire (ou le Président)

Notifié à l’agent le : ... *(date et signature)*

Le Maire *(ou le Président)*,

* certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,
* informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de 2 mois à compter de la présente notification.

Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le .....................................

Signature de l’agent :