**ARRÊTÉ DE MISE EN CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE A PLEIN *ou DEMI-TRAITEMENT (Arrêt initial)***

***(Agents contractuels de droit public)***

***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 le code général de la fonction publique et notamment les articles L829-1 à L829-2 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret 88-145 du 15 février 1988, relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale et notamment les articles 7, 9, 11 à 13, 27, 32 et 33 ;

Vu le contrat d’engagement de Monsieur *(ou Madame)*… établi le… pour une durée de … ;

Vu le certificat médical établi par le Docteur ..., préconisant un arrêt de travail de ... jours à compter du ..., et octroyant une autorisation de sortie ... *(préciser les jours et les heures)*;

Vu le tableau récapitulatif des arrêts de maladie précédents annexé au présent arrêté ;

Considérant que Monsieur *(ou Madame)*… justifie d’une ancienneté de services de…

*(****Rappel :*** *après 4 mois de services l’agent a droit à 1 mois à plein et 1 mois à demi-traitement, après deux ans de services l’agent a droit à 2 mois à plein et 2 mois à demi-traitement, après trois ans de services l’agent a droit à 3 mois à plein et 3 mois à demi-traitement. A défaut il est placé en congé sans traitement)*

Considérant que durant la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, Monsieur *(ou Madame)*… n'a pas bénéficié de congé de maladie ordinaire, *ou a bénéficié de … (jours) de congés de maladie rémunérés à plein ou à demi-traitement dont … jour(s) de carence*;

Considérant que Monsieur *(ou Madame)*... est affilié au régime général de Sécurité Sociale.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

À compter du ..., Monsieur *(ou Madame)* ..., né*(e)* le …, *(grade)* …, est placé*(e)* 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 primes)*, le SFT est néanmoins maintenu dans sa totalité,
* Du … au …. : soit … jours à plein traitement,
* ***Le cas échéant :*** *du … au … : soit … jours à demi-traitement.*

*(****Rappel :*** *La subrogation est facultative et n’est possible que si le salaire maintenu est au moins égal au montant des indemnités journalières. Cependant, si la subrogation est pratiquée et si les indemnités journalières versées par la CPAM à la collectivité sont supérieures au traitement servi, la différence sera reversée à l’agent.*

*A compter du deuxième jour d’arrêt, l’indemnité de résidence est versée intégralement.*

*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 2 :**

Monsieur *(ou Madame)* ... devra respecter les autorisations de sortie qui lui sont applicables et 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 3 :**

Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 4 :** Le présent arrêté sera :

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

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

 Le Maire (ou le Président)

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 à l’agent le .....................................

Signature de l’agent :