**ARRETE DE PLACEMENT EN CONGE MALADIE ORDINAIRE, ARRET INITIAL**

**AVEC JOURNEE DE CARENCE**

**DE M………………………………..** *(Nom et prénom de l’agent)*

***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 maladie ordinaire : 1 an maximum. Rémunération : 3 mois à plein traitement, 9 mois à demi-traitement. Un avis du médecin agréé est obligatoire pour la prolongation d’un congé de maladie ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs.*

Le Maire *(ou le Président)* de .................................................,

Vu le code général de la Fonction Publique et notamment les articles L115-2, L115-3, L822-1 à L822-5, 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. 24 à 27,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié, relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, art. 14 à 17,

*(Le cas échéant si l’agent est à temps non complet >= 28 heures)* Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

*(Le cas échéant si l’agent est stagiaire)* Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale, art. 7,

Vu le certificat médical établi par M. le Dr … préconisant un arrêt de travail de … jours, à compter de ……,

*(Le cas échéant)* Vu les congés de maladie ordinaire de M…………………………… sur une période de référence d’un an ;

**ARRETE :**

**Article 1er :** M. ... est placé en congé de maladie ordinaire du ... au ...

**Article 2 :** Pendant son congé de maladie ordinaire, M…… sera rémunéré comme suit :

* le premier jour d’arrêt, soit le … : sans traitement (ni indemnité de résidence, ni NBI, ni primes), le SFT sera maintenu dans sa totalité.
* du … au …… : rémunération à plein traitement, soit … jours ;
* *(en cas de passage à demi-traitement)* du … au … : rémunération à demi-traitement soit …… jours ;

**Article 3 :**M. ... devra se soumettre aux éventuels contrôles médicaux. L’intéressé devra avertir l'autorité territoriale 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 heures à compter du premier jour de la prolongation.

**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 :