**ARRETE PORTANT PROLONGATION D’UN CONGE DE GRAVE MALADIE**

***(au-delà d’un an)***

**De Monsieur *(ou Madame)* …**

*(Fonctionnaire affilié au régime général)*

***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 grave maladie : 3 ans au maximum. Rémunération : 1 an 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 grave maladie 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. L115-2, L115-3 ; L822-6 à L822-11 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,

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. 14 et 15 ;

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 et notamment les art. 34, 35, 36 et 38 ;

Vu la demande de Monsieur (ou Madame) …… en date du …, appuyée d’un certificat de son médecin traitant spécifiant que le congé de grave maladie accordé initialement doit être prolongé,

Vu l’avis du conseil médical du …, se prononçant pour la prolongation au-delà d’un an du congé de grave maladie de Monsieur *(ou Madame)* …, pour une période de …, à compter du …,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du …, le congé de grave maladie de Monsieur *(ou Madame)* … né*(e*) le …, *(grade)* ... est prolongé pour une période de …, allant jusqu’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, 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 grave maladie tant que l’agent n’est pas remplacé dans ses fonctions. 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 :