

**ARRETE DE MISE EN CONGE DE MALADIE ORDINAIRE
A DEMI-TRAITEMENT DE M _____,
(GRADE) _____**

* * * * *

Le Maire (ou Le Président) de _____,

- Vu le code général des collectivités territoriales ;
- Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale ;
- Vu la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 (notamment art. 115) ;
- Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;
- (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 (1)) ;
- (Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988, pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif aux agents contractuels de la Fonction Publique Territoriale (2)) ;
- Vu le certificat médical _____ (initial ou de prolongation) d'arrêt de travail ;
- Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M _____ a bénéficié de * _____ jours de congés de maladie rémunérés à plein traitement ;

A R R E T E

ARTICLE 1 : M _____ est placé(e) en congé de maladie ordinaire à demi-traitement, du _____ au _____.

ARTICLE 2 : M _____ percevra la moitié du traitement afférent à l'Indice Brut _____, Indice Majoré _____, sur la base de _____ heures hebdomadaires pendant la période d'arrêt de travail, à l'exception du premier jour de ce congé qui sera non rémunéré (3) ;

ARTICLE 3 : Le Directeur Général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :
Notifié à l'intéressé(e).

Ampliation du présent arrêté sera adressée à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion,
- Monsieur le 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 deux mois à compter de la présente notification.

Notifié le

Signature de l'agent :

N.B : l'agent perçoit son plein traitement pendant trois mois. Les congés de maladie sont comptés par référence aux 365 jours précédant chaque jour d'arrêt de travail mentionné sur le certificat médical.

Le Comité Médical doit être saisi lorsque la durée de la maladie a atteint six mois consécutifs.

Le supplément familial de traitement est versé en totalité et au prorata de la durée hebdomadaire de service.

(1) à porter uniquement pour les fonctionnaires à temps non complet,

(2) à porter uniquement pour les agents contractuels,

(3) à porter uniquement pour un arrêt initial.

* 30, 60 ou 90 jours en fonction de la catégorie d'agent et de son ancienneté