

(fonctionnaires à temps non complet)

ARRETE DE MISE EN CONGE MATERNITE
DE M _____, (GRADE) _____

* * * * *

Le Maire (ou Le Président) de _____,

- Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale ;
- Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires relatives aux fonctionnaires nommés dans des emplois à temps non complet ;
- Vu le code de la Sécurité Sociale ;
- Vu le certificat médical fixant la date présumée de l'accouchement au _____ ;
- Vu le certificat médical présenté par M _____ prescrivant un repos supplémentaire «maternité» de 2 semaines en cas de grossesse pathologique ou 4 semaines en cas d'accouchement pathologique, à compter du _____ ;

A R R E T E

ARTICLE 1 : M _____ est placée en congé de maternité à compter du _____ pour une période de 16 semaines (*durée prolongée en cas de naissances multiples et à partir du 3ème enfant*).

ARTICLE 2 : M _____ percevra pendant cette période l'intégralité de sa rémunération.
(la rémunération de l'agent autorisé à exercer ses fonctions à temps partiel de droit pour raisons familiales, est rétablie à plein traitement pendant la durée du congé de maternité).

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),
Nom :
Prénom :
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 deux mois à compter de la présente notification.
Notifié le

Signature de l'agent :