

CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE

30 RUE DENIS PAPIN
CS 12213
16022 ANGOULEME CEDEX
Tél : 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86

Date de déclaration : 15/04/20

Signature et cachet de la collectivité :



Le Maire,

Gérard LIOT

ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES

AGENT

Nom marital : CHAILLOUX Nom de jeune fille :

Prénom : SEBASTIEN

Numéro sécurité sociale 118 10 01 16 13 24 19 41 11 Clé 1A161

Date d'entrée dans la collectivité : ____ / ____ / ____ Temps complet Temps partiel ____ % Temps non complet ____ heures / mois

Nombre d'enfant(s) à charge (au sens Sécurité Sociale) : _____ Nombre d'enfant(s) ouvrant droit au SFT : 2

Catégorie : A B C Date de naissance : 14/01/85 Sexe : Masculin Féminin

Pour les délais de déclaration, merci de vous reporter aux Conditions Générales de votre Assureur.
Attention : Toute demande transmise hors délai ne sera pas prise en charge.

SINISTRE

MO (Maladie ordinaire)

LM (Longue maladie)

LD (Longue Durée)

MDO (Mise en disponibilité)

GP (Grossesse pathologique)

MAT (Maternité)

CP (Couches pathologiques)

PAT (Paternité)

AT (Accident du travail)

MP (Maladie professionnelle)

TPT (Temps partiel thérapeutique)

Nature de l'arrêt *	Période d'arrêt				Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
	Date d'origine	Début	Fin	Date de reprise	Début	Fin	Plein traitement Demi-traitement
NO	17/03/20	17/03/20	15/04/20	16/04/20	28/02/19	25/03/19	PT.

*Merci d'utiliser les abréviations mentionnées ci-dessus (ex : AT, MAT, etc ...)

SALAIRE

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice majoré			338									
NBI			10 pts									
Indemnités accessoires			DFSE									

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Utiliser l'imprimé spécifique

Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez-vous adresser à :
Gras Savoie Groupe-Sud ADP Public - Collectivités Locales, 5 Avenue Raymond Manaud, BP 50017, 33522 Bruges Cedex Tél 05 56 00 90 80 Télécopie 05 56 00 90 81

Gras Savoie Société de courtage d'assurance et de réassurance
Siège social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex, Tél. 01 41 43 50 00. Télécopie 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoye.com>
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros.
311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61 311 248 637, Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (<http://www.orias.fr>).
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9

A_2020_93
**ARRETE DE MISE EN CONGES DE MALADIE ORDINAIRE A PLEIN
TRAITEMENT DE M. CHAILLOUX Sébastien**

**ARRETE DE MISE EN CONGE DE MALADIE ORDINAIRE
A PLEIN TRAITEMENT DE M. CHAILLOUX Sébastien,
(GRADE) Adjointe technique Principal Territorial de 2ème classe**

Le Maire d'Aussac-Vadalle,

- Vu le code général des collectivités territoriales ;
- 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 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 certificat médical du 17-03-2020 (initial) et celui du 31-03-20 (prolongation) d'arrêt de travail ;

- Considérant que pour la période des douze mois précédent cet arrêt de travail, M. CHAILLOUX Sébastien a bénéficié de 9 jours de congé de maladie rémunérés à plein traitement ;

A R R E T E

ARTICLE 1 : M. CHAILLOUX Sébastien est placé(e) en congé de maladie ordinaire à plein traitement du 17 mars 2020 au 15 avril 2020.

ARTICLE 2 : M. CHAILLOUX Sébastien continuera de percevoir l'intégralité du traitement afférent à l'Indice Brut 365, Indice Majoré 338, sur la base de 35 heures hebdomadaires pendant la période d'arrêt de travail.

ARTICLE 3 : La secrétaire de mairie est chargée 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 Aussac-Vadalle, le 02 avril 2020

Le Maire,

Gérard LIOT

Le Maire,

- 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 30/03/2020.

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 précédent chaque jour d'arrêt de travail mentionné sur le certificat médical

avis d'arrêt
de travail

initial de prolongation (*)
volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

(art L.162-4-1-1er al, L.162-4-4, L.3152, L.321-1-5ème al, L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

185011637404116

nom et prénom

CHAUX SEBASTIEN

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

16560

ville

AUSSAC-VADAIL

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole sans emploi

date de cessation d'activité

précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

oui

date

non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salariée(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

Mairie

n° téléphone : 055206160
e.mail : mairie@aussac-vadail.fr

adresse 61 RUE DE LA REPUBLIQUE 16560 AUSSAC-VADAIL

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Chaux Sébastien

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres

seule et un mois deux mois

28 03 2020

inclus

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui à partir dunon

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR GENDRE-HENRY LUCILE

date 17 03 2020

signature du praticien

=> 16 1 70056 2

PRN-PRE S3116h

avis d'arrêt
de travail initial de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

(art L.162-4-1-1er al, L.162-44, L.3152, L.321-1-5ème al, L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

185011637404116110420

nom et prénom

CHAILLOUX SÉBASTIEN

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (I) :

code postal 16560 ville Aussac-Vadalle n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(I) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole sans emploi date de cessation d'activité date précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

oui date non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale MAIRIE

n° téléphone : 0545206160
e.mail : marie.aussac.vadalle@...

adresse 61 RUE DE LA REPUBLIQUE 16560 AUSSAC-VADALLE

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

CHAILLOUX Sébastien
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au [- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1504 2020] inclussans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui à partir du non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du • et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR GENDRE-HENRY LUCILE

date 31/03/2020 signature du praticien

=> 161700562

PRN-PRE S3116h

BULLETIN DE PAIE

COMMUNE D'AUSSAC-VADALLE
61 DE LA REPUBLIQUE
16560 AUSSAC VADALLE

Période : 1er Avril au 30 Avril 2020

Date de mise en paiement : 16/04/2020

Code NAF : 8411Z

N° SIRET : 21160024200013

N° URSSAF : 547000001330166896

Statut de la Fonction publique territoriale

M. CHAILLOUX Sébastien
5 CHEMIN DU CLERC
16560 AUSSAC VADALLE

Matricule : 46	N° sécurité sociale : 1850116374041-16	Date d'entrée dans la collectivité : 21 Décembre 2011			
Service : TECHNIQUE_1	Statut : Titulaire	Emploi :			
Echelle/Echelon : C1/07	Grade : Adjoint technique territorial	Indice Brut : 365 au 01/01/2020			
Bulletin de paie type: Stagiaire/Titulaire CNRACL		Indice Majoré : 338 Valeur du point annuel : 56.2323			
Ligne de paie	Base	Tx salarial	Mt salarial	Tx patronal	Mt patronal
Traitemet indiciaire	1 583,87	1/1	1583,87		
10 points de Bonification Indiciaire	46,86	1/1	46,86		
Participation à la protection sociale contrat Prévoyance	20,00	1	20,00		
Participation à la protection sociale contrat Santé	5,00	1	5,00		
Indemnité de fonctions, de sujections et d'expertises	150,00	1	150,00		
Indemnité compensatrice de CSG	36,46	30/30	36,46		
Supplément Familial de Traitement pour 2 enfants	73,79	1	73,79		
Abattement Transfert Primes-Points (PPCR)	13,92	-1	-13,92		
BRUT			1902,06		
Sécurité Sociale - Maladie	1 630,73			9,88%	161,12
Sécurité Sociale - F.N.A.L.	1 630,73			0,1%	1,63
Sécurité Sociale - Allocations Familiales	1 630,73			5,25%	85,61
Sécurité Sociale - Contribution Solidarité Auto.	1 630,73			0,3%	4,89
C.N.R.A.C.L	1 583,87	11,1%	175,81	30,65%	485,46
C.N.R.A.C.L. sur N.B.I.	46,86	11,1%	5,20	30,65%	14,36
R.A.F.P.	271,33	5%	13,57	5%	13,57
A.T.I.A.C.L	1 583,87			0,4%	6,34
C.N.F.P.T.	1 630,73			0,9%	14,68
C.D.G.F.P.T	1 630,73			0,8%	13,05
C.D.G.F.P.T additionnelle	1 630,73			0,09%	1,47
C.S.G. non imposable	1 869,21	6,8%	127,11		
Net Imposable			1580,37		
C.S.G.	1 869,21	-2,4%	-44,86		
R.D.S.	1 869,21	-0,5%	-9,35		
Maintien de salaire MNT (forfaitaire salarial)	39,36	-1	-39,36		
Net à payer avant imposition			1486,80		
Impôt sur le revenu prélevé à la source	1 580,37	0%	0,00		

NET A PAYER : 1 486,80 €

	C.P.	R.T.T.
Acquis	30,00	12,00
Pris	0,00	0,00
Solde	30,00	12,00

	Brut	Imposable	Net à payer	Cotisations		Heures
				salariales	patronales	
Mensuel	1 902,06	1 580,37	1 486,80	415,26	802,18	75,83
Annuel	7 621,67	6 321,49	5 959,36	1 662,31	3 209,39	304,32