**ARRETE ACCORDANT (*OU PROLONGEANT)* L'EXERCICE DES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

***(Agent relevant de la CNRACL)***

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou le Président)* de...

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 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale, notamment le 4° bis de l'article 57,

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,

***Le cas échéant si fonctionnaire à temps non complet ≥ 28 h :*** *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,*

Vu l'arrêté en date du... plaçant Monsieur *(ou Madame)*... en position de congé de... *(Type de congé : maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident de service, ou maladie professionnelle)*,

***En cas de prolongation****: Vu l’arrêté en date du … autorisant Monsieur (ou Madame)... à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% pour une durée de...*

Vu la demande d’autorisation *(ou d’autorisation de prolongation)* de travail à temps partiel thérapeutique présenté(e) par Monsieur *(ou Madame)*... accompagnée d’un certificat médical établi par le médecin traitant pour une durée de …et une quotité de …,

Vu l’avis favorable concordant *(ou défavorable)* du médecin agréé,

***Le cas échéant, en cas de reprise après un congé de maladie ordinaire de plus de douze mois consécutifs, d’une période de congé de longue maladie ou de longue durée qui nécessite l’avis favorable du comité médical :***

*Vu l’avis favorable en date du … rendu par le Comité médical se prononçant pour la reprise de fonction de Monsieur (ou Madame) ...* ***(et, en cas d’avis discordants entre médecins sur le temps partiel thérapeutique)*** *à temps partiel thérapeutique à raison de … % à compter du … et pour une durée de …*

***(Ou, dans le cas d’un autre congé maladie (par exemple reprise après un CMO de moins de 12 mois…) qui ne nécessite pas l’avis favorable du comité médical pour reprendre les fonctions mais que les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants)***

*Vu l’avis du Comité médical (ou de la Commission de réforme dans le cas d’un accident de service) du … se prononçant sur la reprise à temps partiel thérapeutique à raison de … % de Monsieur (ou Madame)... à compter du … et pour une durée de …*

Vu la situation administrative de l'agent qui est actuellement au ...ème échelon de son grade de... depuis le...

Considérant que l'état de santé de Monsieur *(ou Madame)*... nécessite une reprise d'activité partielle à raison de ... % de sa durée normale de service.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)*... est réintégré*(e)* dans ses fonctions à la suite d'un congé de... (*maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident de service, ou maladie professionnelle)* et est autorisé*(e)* à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(une quotité comprise entre 50 et 99% peut être accordée, sans que ce temps partiel soit inférieur au mi-temps)* pour une durée de... (*Maladie : période de 3 mois, renouvelable dans la limite d’un an pour une même affection, maximum 3 mois ; Accident de service ou Maladie professionnelle : période de 6 mois, renouvelable une fois)* soit jusqu'au...

***Ou***

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)* ... est autorisé*(e)* à prolonger l'exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique, à raison de…% la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(la quotité peut varier à l’occasion du renouvellement de l’autorisation)* pour une durée de ... soit jusqu'au ...

**Article 2 :**

Le temps de travail est organisé de la façon suivante : ... *(Préciser les périodes travaillées et non travaillées selon le cas, sur la journée, la semaine)*.

Durant cette période, Monsieur *(ou Madame)*... percevra l'intégralité du traitement afférent au ... échelon du grade ... Indice Brut ..., Indice Majoré ..., ainsi que l’intégralité de l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement.

***Le cas échéant :*** il *(ou elle)* percevrases primes et indemnités calculées au prorata de sa durée de service soit à raison de ...% du temps partiel thérapeutique accordé *(sauf si un maintien du régime indemnitaire a été prévu par délibération)*.

**Article 3 :**

Les périodes de temps partiel thérapeutique sont considérées comme du temps plein pour la détermination des droits à l’avancement d’échelon et de grade, pour la constitution et la liquidation des droits à pension de retraite et pour l’ouverture des droits à nouveau congé de maladie.

*(****Rappel :*** *pour les fonctionnaires stagiaires, la durée du stage est prolongée afin de correspondre à la période de stage effectuée par les agents à temps plein)*

**Article 4 :**

La présente période de temps partiel thérapeutique fixée à … *(durée en mois)* est renouvelable, dans la limite d'un an pour une même affection, selon la même procédure que la demande initiale.

Dans le cas contraire, l'agent sera réintégré à temps plein à l'issue de la période.

**Article 5 :**

Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 6 :**

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 d’Amiens dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

**Article 7**:

Ampliation du présent arrêté sera transmise au Comptable de la collectivité, au Président du Centre de Gestion.

Notifié à l'agent le : Fait à ..., le ...

(date et signature) Le Maire *(ou le président)*,