**ARRÊTÉ DE MISE EN *(OU DE PROLONGATION D’UN)* CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE**

**A PLEIN *ou DEMI-TRAITEMENT***

*(Pour les agents contractuels de droit public)*

***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 le code de la sécurité sociale ;

Vu le code général de la fonction publique notamment son article L.829-1 ;

Vu l’article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 ;

Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour application de l’article 136 de la loi du 26 janvier 1984, relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale notamment son article 7 ;

Vu le contrat de travail de Monsieur *(ou Madame)* … établi le … pour une durée de … ;

Vu le certificat médical établi par le Docteur ..., préconisant un arrêt de travail de ... jours à compter du ...*, et octroyant une autorisation de sortie ... (préciser les jours et les heures)*;

***Le cas échéant : en cas de prolongation ; ou de reprise de moins de 48h entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause ; ou en cas de nouvel arrêt accordé postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée (voir précision du médecin sur le volet n° 2 du certificat médical) :***

*Vu l'arrêté en date du … plaçant Monsieur (ou Madame) … en congé de maladie à compter du … et lui appliquant un jour de carence,*

Vu le tableau récapitulatif des arrêts de maladie précédents annexé au présent arrêté ;

Considérant que Monsieur *(ou Madame)*… justifie d’une ancienneté de services de …

*(****Rappel :*** un agent contractuel de droit public a droit à :

* *après 4 mois de services : à 1 mois à plein et 1 mois à demi-traitement, à défaut il est placé en congé sans traitement*
* *après deux ans de services : à 2 mois à plein et 2 mois à demi-traitement,*
* *après trois ans de services : à 3 mois à plein et 3 mois à demi-traitement)*

Considérant que durant la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, Monsieur *(ou Madame)* … n'a pas bénéficié de congé de maladie ordinaire, *ou a bénéficié de … (jours) de congés de maladie rémunérés à plein ou à demi-traitement dont … jour(s) de carence* ;

Considérant que Monsieur *(ou Madame)* ... est soumis au régime général de Sécurité Sociale.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

***Le cas échéant : en cas d’arrêt initial à plein ou à demi-traitement :***

À compter du ..., Monsieur *(ou Madame)* ..., né*(e)* le …, *(grade)* …, est placé*(e)* en congé de maladie ordinaire pour une période allant jusqu'au ... inclus et rémunérée comme suit :

* Le 1er jour d’arrêt, soit le … : sans traitement *(ni IR, ni primes)*, le SFT est néanmoins maintenu dans sa totalité,
* Du … au … : soit … jours à plein traitement,
* ***Le cas échéant :*** *du … au … : soit … jours à demi-traitement.*

***Ou en cas de prolongation de l’arrêt initial ; ou en cas de reprise inférieure à 48h*** ***entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause ; ou en cas de nouvel arrêt accordé postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée :***

*À compter du …, Monsieur (ou Madame) ..., né(e) le …, (grade) … est placé(e) (ou maintenu(e)) en congé de maladie ordinaire pour une période allant jusqu'au ... inclus, sans application d’un nouveau de jour de carence, et rémunérée comme suit :*

* Du … au … : soit … jours à plein traitement.
* *Le cas échéant : du … au … : soit … jours à demi-traitement.*

*(****Rappel :*** *Si les indemnités journalières versées par la CPAM à la collectivité sont supérieures au traitement servi, la différence sera reversée à l’agent.*

*A compter du deuxième jour d’arrêt, l’indemnité de résidence est versée intégralement.*

*En ce qui concerne les primes et à compter du deuxième jour d’arrêt, les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont définies par délibération de la collectivité territoriale).*

**Article 2 :**

Pendant cette période, les prestations en espèces versées par la caisse primaire d'assurance maladie à l’intéressé*(e)* viendront en déduction des sommes allouées par la collectivité *(ou l’établissement)* au titre du plein ou du demi-traitement maintenu.

Sauf en cas de subrogation dans les droits éventuels de l’agent au bénéfice de ces prestations, Monsieur *(ou Madame)* ... devra communiquer, sur demande de l’autorité territoriale, le montant des prestations en espèces ou des pensions qui lui auront été directement versées par la CPAM pour inaptitude physique en application du régime général de sécurité sociale.

A défaut, l'autorité territoriale pourra suspendre le versement du traitement jusqu'à la transmission des informations demandées.

**Article 3 :**

Monsieur *(ou Madame)* ... devra respecter les autorisations de sortie qui lui sont applicables et se soumettre aux contrôles médicaux diligentés par la caisse primaire d'assurance maladie ou l’autorité territoriale.

Il *(ou elle)* devra avertir l'autorité de toute nouvelle prolongation si possible au moins la veille de la date de reprise initialement prévue et transmettre le certificat médical de prolongation dans un délai maximum de 48 heures à compter du 1er jour de la prolongation.

**Article 3 :**

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 4 :**

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.

Le Tribunal Administratif peut être saisi au moyen de l’application informatique télérecours citoyen accessible par le biais du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

**Article 5**:

Ampliation du présent arrêté sera transmise au Président du Centre de Gestion et au Receveur de la collectivité.

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

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