**ARRETE PORTANT ADMISSION AU BENEFICE *(OU RENOUVELLEMENT)* D’UN CONGE DE LONGUE MALADIE A PLEIN *(OU DEMI)* TRAITEMENT**

**De Monsieur *(ou Madame)* …**

***(Fonctionnaire affilié à la C.N.R.A.C.L.)***

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

***(Pour rappel :***

*Durée de la longue maladie :*

* *trois ans au maximum*
* *un autre congé de longue maladie peut être accordé après la reprise des fonctions pendant au moins un an.*

*Rémunération :*

* *un an à plein traitement,*
* *deux ans à demi-traitement)*

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°87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l’application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif à l’organisation de comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

*Vu la demande du …, appuyée d’un certificat de son médecin traitant spécifiant qu’il est susceptible de bénéficier d’un congé de longue maladie, présentée par Monsieur (ou Madame) …,*

***Ou***

*Vu le rapport de ..., médecin du service de médecine préventive (en cas de placement d’office en congé),*

Vu l’avis du Comité Médical du …, se prononçant pour la mise en congé de longue maladie de Monsieur *(ou Madame)* …, pour une période de …, à compter du …,

*(Eventuellement) Vu l’arrêté en date du … plaçant Monsieur (ou Madame) …, en congé de longue maladie en cas de mise à demi-traitement,*

***Ou***

*Considérant que Monsieur (ou Madame) … n’a pas bénéficié d’un congé de longue maladie au cours des douze derniers mois,*

***Ou***

*Considérant que Monsieur (ou Madame) … a déjà bénéficié d’un congé de longue maladie du … au … au cours des douze derniers mois,*

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du …, Monsieur *(ou Madame)* … né*(e*) le …, *(grade)* ... est admis(e) au bénéfice d’un congé de longue maladie à plein traitement *(ou demi-traitement)* pour une période de …, allant jusqu’au … inclus.

***Ou***

*A compter du …, Monsieur (ou Madame) … né(e) le …, (grade) ... est maintenu(e) en congé de longue maladie à plein traitement (ou demi-traitement) pour une période de …, allant jusqu’au … inclus.*

**Article 2** :

Pendant cette période, Monsieur (ou Madame) … percevra l’intégralité *(ou la moitié)* du traitement afférent à l’indice brut …, l’indice majoré ….

*(****Pour rappel****: l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement, et la NBI est maintenue, conformément à l’article 2 du décret 93-863 du 18 juin 1993, pendant le congé de maladie ordinaire, le congé pour accident de service, maladie professionnelle, et pendant le congé de longue maladie tant que l’agent n’est pas remplacé dans ses fonctions.*

*En ce qui concerne les primes, les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont définies par délibération de la collectivité territoriale)*

**Article 3** :

La demande de renouvellement de ce congé devra être présentée par le fonctionnaire au moins un mois avant l’expiration de la période de congé prévu par l’article 1er, sur justification d’un certificat médical du médecin traitant, à peine d’interruption de la rémunération.

Article 4 :

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 5 :**

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 6**:

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

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

(date et signature) Le Maire,