**Arrêté de mise en congé de grave maladie à plein ou à demi-traitement**

**de M…………………………………..Grade…………………………………..**

**(agent IRCANTEC fonctionnaire < 28h – contractuel de droit public)**

Le Maire *(ou le Président)* de ................................................................................................................

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le Code général de la fonction publique,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(si agent fonctionnaire)* Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

*(si agent contractuel)* Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

Vu l’avis du Conseil Médical en date du ............................. se prononçant pour le placement en congé de grave maladie de M........................................, pour une période de ....................................................,(1)

Vu le certificat médical du médecin traitant en date du ……….indiquant que le congé doit être prolongé pour une période de ……(entre 3 à 6 mois)

Considérant que M....................................... n’a pas bénéficié d’un congé de grave maladie au cours des douze derniers mois,

ARRÊTÉ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARTICLE 1 :** | M.................... est placé*(e) (ou maintenu(e))* en congé de grave maladie du ………. au ………... | |
|  |  | |
| **ARTICLE 2 :** | | Pendant cette période, M............................. percevra son plein traitement déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale *(l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement)*\*.  ***ou***  Pendant cette période, M.................................. percevra son demi-traitement déduction faite des indemnités journalières de la sécurité *(l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement)\*.*  *\* En cas d’octroi de manière rétroactive d’un congé de grave maladie, l’agent doit se voir rembourser le trentième retenu au titre de la journée de carence.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **ARTICLE 3 :** | Le (2) …………………………..est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé*(e).*  Ampliation adressée au :  - Président du Centre de Gestion,  - Comptable de la collectivité. |

Fait à ........................ le ...........................

Le Maire *(ou le Président)*

(*Nom Prénom*)

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 gracieux exercé dans un délai de

deux mois à compter de la présente notification,

éventuellement suivi d’un recours pour excès de pouvoir

devant le Tribunal Administratif de Poitiers, dans un délai

de deux mois à compter, soit de la réponse de l’administration,

soit de la décision implicite de rejet de cette dernière.

Notifié le ...........................................

Signature de l’agent :

1. *Le conseil médical est obligatoirement saisi : pour l’octroi d’une première période de CGM, les renouvellements après épuisement des droits à plein traitement, le terme du congé, la reprise à l’issue d’une période de CGM (****lorsque le bénéficiaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières ou en cas de placement d’office),*** *la contestation par la collectivité ou l’agent de l’avis du médecin agréé*