## REPUBLIQUE FRANCAISE

**Collectivité de ………………………**

**ARRETE PORTANT RENOUVELLEMENT DU CONGE LONGUE MALADIE *(hors saisine obligatoire du conseil médical)*
*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 général de la fonction publique et notamment les articles L. 822-8 à L. 822-11,

VU Le décret nº 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 et relatif à l’organisation des conseils médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(Le cas échéant pour les fonctionnaires temps non complet régime CNRACL)* VU Le décret n°91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux agents territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet ;

VU Le(s) certificat(s) médical(ux) plaçant l'agent en arrêt de travail depuis le ......................................

VU La demande de M………………, appuyée d’un certificat médical de son médecin sollicitant le renouvellement du congé de longue maladie ;

VU L’avis favorable émis par le conseil médical en date du ……………………pour l’octroi du congé de longue maladie à M………………….., pour une période de ……… mois à compter du ………………….jusqu’au ……….

*(Le cas échéant)* VU l’avis favorable émis par le médecin agréé en date du …………………. pour le renouvellement du congé longue maladiede M ………………………. pour une période de ……… mois à compter du ………………….soit jusqu’au……………… ,

VU L'arrêté de M. Le Maire en date du …………, nommant M………………………au grade de………………………, , au …… échelon, indice brut ………, à compter du ………………………….., avec une ancienneté conservée de …………………………………;

**ARRETE**

**ARTICLE 1er** : M ........................... *(nom, prénom)* est renouvelé(e) en congé longue maladiepour une période de ……… moisà compter du ....................................... soit jusqu’au………………………

**ARTICLE 2** :  Placé(e) dans cette position, M………………. percevra *un demi-traitement du …..…………….. au ……………………..*

*(Le cas échéant)* Le versement du régime indemnitaire est interrompu.

Le versement de la NBI est maintenu si l’agent n’est pas remplacé dans ses fonctions.

**ARTICLE 3** : En raison de l’instruction du dossier, M……………………. devra adresser la demande de renouvellement à M. le Maire *(ou Président*), deux mois avant l’expiration dudit congé.

**ARTICLE 4**: Si dans le délai de 3 semaines, M…………… n’a pas reçu d’accusé réception du secrétariat du conseil médical **pour les cas de saisines obligatoires du conseil médical** (octroi, renouvellement à l’issue du plein traitement, réintégration à l’expiration), M……………… peut faire parvenir directement au secrétariat du conseil médical un double de sa demande par lettre recommandée avec avis de réception et vaut saisine du conseil médical.

**ARTICLE 5** : L'intéressé(e) est informé(e) que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal administratif de Clermont-Ferrand 6 Cours Sablon 63000 Clermont-Ferranddans un délai de deux mois à compter de sa notification, éventuellement au moyen d’une requête déposée sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

**ARTICLE 6** : Le Directeur Général des services *(ou le secrétaire de mairie ou le directeur)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé(e).

 Ampliation adressée :

 - au Comptable de la collectivité,
 - à l'intéressé(e).

Le Maire (ou le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte qui a été notifié à l'intéressé(e) le ...........................

- Notifié le ......................... Fait à ..........................

- Signature de l'Agent : le ...............................

 Le Maire (*ou le Président*)

 (Nom et Prénom)

 Signature :