## REPUBLIQUE FRANCAISE

**Collectivité de ………………………**

**ARRÊTÉ PORTANT PLACEMENT EN CONGÉ MALADIE ORDINAIRE**

**AVEC PASSAGE À** **DEMI-TRAITEMENT « régime GENERAL »**

***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, notamment en ses articles de L.822-2 et suivants

VU Le décret n° 60-58 du 11.01.1960 modifié, relatif au régime de Sécurité Sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n’ayant pas le caractère industriel et commercial et notamment son article 4,

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 territoriale et relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

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 La délibération du conseil municipal *(ou du conseil d’administration)* n°……….. du ……………… (date), relative à la mise en place du RIFSEEP  *(le cas échéant) ;*

VU L’avis favorable émis par le médecin agréé, en date du ……………… .., au congé maladie *ordinaire (dans le cadre d’une visite de contrôle),* à compter du……………….. ; *(Le cas échéant)*

VU Les arrêtés du ……….. et du …………………… plaçant M ………………………. en congé de maladie ordinaire à plein traitement

CONSIDERANT les arrêts de maladie accordés au cours de la période de douze mois précédant le premier jour du nouveau congé de maladie ordinaire de M. …………………, du ………………… au …………………….., du …………… au ……………………, du ………………….. au ………………………  ;

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1er** : M ........................... (*Nom Prénom*) est prolongé(e) en congé maladie ordinaire depuis le …………………………totalise, compte-tenu des précédents arrêts de maladie, 90 jours à plein traitement au …………………………inclus.

**ARTICLE 2** : Pendant cette période, M………………. (Nom, Prénom) percevra le demi-traitement sur la base de …….heures hebdomadaires*, (*SFT, *NBI, régime indemnitaire est maintenu, sauf conditions plus restrictives inscrites dans la délibération)* déduction faite des indemnités journalières de sécurité sociale.

**ARTICLE 3 :** Aucune cotisation Sécurité Sociale et IRCANTEC ne sera due sur le traitement représentant les indemnités journalières remboursées par le régime général de Sécurité Sociale. (subrogation).

**ARTICLE 4** : 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 5** : 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 ...........................

Signature de l'Agent : Fait à .....................le…………………

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

Notifié le ......................... Signature : (Nom et Prénom)