## REPUBLIQUE FRANCAISE

**Collectivité de ………………………**

**ARRÊTÉ PORTANT RENOUVELLEMENT EN CONGÉ MALADIE ORDINAIRE**

 **AU DELA DES 6 MOIS « régime général »**

***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 ses articles L.822-1 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 *(au-delà des 6 mois consécutifs ou au moins une fois par an ou dans le cadre d’une visite de contrôle)*, à compter du……………….. ;

VU les arrêtés du ……….. et du …………………… plaçant M ………………………. en congé de maladie ordinaire ;

CONSIDERANT les certificats médicaux prolongeant l'agent en arrêt de travail depuis le ......................................,

CONSIDERANT que M ................................. a dépassé les 6 mois consécutifs de droit à congé maladie ordinaire, le ……………………..,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1er**M. ……………………….., *(Nom Prénom)* est placé(e) en congé maladie ordinaire dans la limite des droits statutaires à compter du ………………jusqu’au ………………………… *.(date du dernier arrêt)* ;

**ARTICLE 2** : Placé(e ) dans cette position, M. …………………*(Nom Prénom)* percevra le demi-traitement à compter du ………………….. pour la durée légale du congé de maladie ordinaire soit jusqu’au ……………………… *(SFT, NBI, régime indemnitaire est maintenu, sauf conditions plus restrictives inscrites dans la délibération)* déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale ;

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

**ARTICLE 4**: Si dans le délai de 3 semaines après l’envoi de la demande à l’autorité territoriale, M…………… n’a pas reçu d’accusé réception du **secrétariat du conseil médical** **pour les cas de saisines obligatoires du conseil médical** (à l’issue des 12 mois de CMO), M……………… peut faire parvenir directement au secrétariat du conseil médical un double de sa demande. La demande est transmise 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 ...........................

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

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

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