**ARRÊTÉ**

**portant maintien en position d’activité dans l’attente d’un reclassement**

**De M. ou Mme [Nom Prénom]**

**[grade]**

Le Maire *(ou le Président)* de [collectivité ou établissement public],

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, 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 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet, *(le cas échéant)*

Vu l’avis du conseil médical rendu en date du [**date**] et se prononçant sur l’inaptitude définitive de l’agent aux fonctions de son cadre d’emplois,

Vu la convention établie en date du [**date**] organisant la période de préparation au reclassement,

OU

Vu le courrier de M. ou Mme [**Nom, Prénom**] en date du [**date**] refusant le bénéfice de la période de préparation au reclassement et demandant un reclassement immédiat,

OU

Vu le courrier de M. ou Mme [**Nom, Prénom**] en date du [**date**] sollicitant un reclassement,

**ARRÊTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Article 1** **:**  | M. ou Mme [**Nom, Prénom**] est maintenu en position d’activité dans l’attente d’un reclassement à compter du [**date**].Cette période prendra fin au plus tôt lorsque sera prononcé le reclassement de l’agent et au plus tard dans une durée de trois mois. |
| **Article 2** **:**  | Pendant cette période, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] percevra l’intégralité de son traitement, l’indemnité de résidence ainsi que *(le cas échéant)* le supplément familial.OUPendant cette période, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] percevra la moitié de son traitement, l’intégralité de l’indemnité de résidence ainsi que *(le cas échéant)* du supplément familial. |
| **Article 3** **:**  | Pendant cette période, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] [**indiquer si l’agent bénéficie ou non du maintien de son régime indemnitaire**][[1]](#footnote-1) |
| **Article 4** **:**  | Le Secrétaire Général (ou le Directeur Général) 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 [**commune**], le [**date**]

Le Maire *(ou le Président),*

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 dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Le tribunal administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr

Notifié le [**date**] Signature de l’agent :

1. Il convient de se reporter à la délibération de la collectivité instituant le régime indemnitaire. En l’absence de critères aux absences pour maladie, l’agent ne peut pas prétendre au versement de son régime indemnitaire durant cette période. [↑](#footnote-ref-1)