

**ARRÊTÉ**  
**DE MISE EN CONGÉ DE LONGUE DURÉE (PLEIN OU DEMI-TRAITEMENT)**  
**DE M. ou M<sup>me</sup> [Nom Prénom]**  
**GRADE [grade]**

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

Vu la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 modifiée, relative aux droits et libertés des Communes, des Départements et des Régions, Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,  
Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,  
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 l'avis du Comité Médical en date du [date], se prononçant pour la mise en congé de longue durée de M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] pour une période de [durée], à compter du [date],  
(Éventuellement) Vu l'arrêté du [date], plaçant M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] en congé longue durée pour une période de [durée], à compter du [date],

Considérant que M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] n'a jamais bénéficié au cours de sa carrière d'un congé de longue durée,  
OU

Considérant que M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] peut prétendre à un nouveau congé de longue durée (*cas où survient une maladie d'une autre nature que celle ouvrant droit au congé de longue durée initial*),  
OU

Considérant que M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] a déjà bénéficié d'un congé de longue durée pour une période de [durée] du [date de début] au [date de fin] qui doit s'imputer sur l'ensemble des droits de l'agent à ce congé (*cas de rechute ou de maladie de même nature que celle précédemment constatée*),

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :**

M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] est placé(e) en congé de longue durée à (*plein ou demi-traitement*) à compter du [date], pour une période de [durée],  
OU  
M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] est maintenu(e) en congé de longue durée à (*plein ou demi-traitement*) à compter du [date], pour une période de [durée],

**ARTICLE 2 :**

M. ou M<sup>me</sup> [Nom, Prénom] percevra [l'intégralité ou la moitié] du traitement afférent à l'Indice Brut [IB], l'Indice Majoré [IM], pendant la période d'arrêt de travail du [date de début] au [date de fin] (*l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement*),

**ARTICLE 3 :**

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](http://www.telerecours.fr)

Notifié le [date]  
Signature de l'agent:

**N.B.** La durée du congé de longue durée est de cinq ans maximum au titre de la même affection, un autre congé de longue durée peut être accordé, pour une autre affection.