(Fonctionnaire à temps non complet)
ARRÊTÉ
DE MISE EN CONGÉ DE GRAVE MALADIE
(PLEIN OU DEMI-TRAITEMENT)
DE M. ou M^{me} [Nom Prénom]
GRADE [grade]
À raison de [heures] heures hebdomadaires

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique,

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 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu l'avis du Conseil Médical en date du [date], se prononçant pour la mise en congé de grave maladie de M. ou M^{me} [Nom, Prénom], pour une période de [durée],

Considérant que M. ou M^{me} [Nom, Prénom] n'a pas bénéficié d'un congé de grave maladie au cours des douze derniers mois,
OU

Considérant que M. ou M^{me} [Nom, Prénom] a déjà bénéficié d'un congé de grave maladie du [date de début] au [date de fin], rémunéré à [plein ou demi-traitement],

ARRÊTE

ARTICLE 1 :

M. ou M^{me} [Nom, Prénom] est placé(e) en congé de grave maladie *(plein ou demi-traitement)*, à compter du [date], pour une période de [durée],

OU

M. ou M^{me} [Nom, Prénom] est maintenu(e) en congé de grave maladie à *(plein ou demi-traitement)*, à compter du [date], pour une période de [durée],

ARTICLE 2 :

M. ou M^{me} [Nom, Prénom] perçoit [l'intégralité ou la moitié] du traitement afférent à l'Indice Brut [IB], Indice Majoré [IM], sur la base de [heures] heures hebdomadaires 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 restent versés au prorata de la durée hebdomadaire de service)*,

ARTICLE 3 :

Le Directeur Général des services 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

Signature de l'agent :

N.B. : La durée du congé de grave maladie est de trois ans maximum accordés par périodes de trois à six mois, un autre congé de grave maladie peut être accordé après reprise des fonctions pendant au moins un an. En ce qui concerne la rémunération, elle est de un an à plein traitement et de deux ans à demi-traitement.