**ARRÊTÉ**

**de congé de maladie ordinaire**

**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° 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 certificat médical en date du [**date**] prescrivant un congé de maladie ordinaire à M. ou Mme [**Nom, Prénom**]

Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] n’a pas bénéficié de congé de maladie *ou* a bénéficié de [**jours**] de congés de maladie rémunérés à 90 % du traitement ou à demi-traitement,

Considérant que l’agent souffre d’une affection de longue durée depuis moins de trois ans, *(le cas échéant)*

**OU**

Considérant que l’agent est en état de grossesse déclaré depuis le [**date**], *(le cas échéant)*

**OU**

Considérant le décès d’un enfant de moins de 25 ans de l’agent en date du [**date**], *(le cas échéant)*

**OU**

Considérant que l’agent a bénéficié d’un précédent congé de maladie ordinaire du [**date**] au [**date**] et a de ce fait repris le travail depuis moins de 48 heures, *(le cas échéant)*

**ARRÊTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Article 1** **:**  | M. ou Mme [**Nom, Prénom**], [**grade**], est placé(e) en congé de maladie ordinaire à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**]. |
| **Article 2** **:**  | Pendant cette période, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] percevra 90 % de son traitement sans déduction du jour de carence, ainsi que *(le cas échéant)* la totalité de son indemnité de résidence et de son supplément familial de traitement.OUPendant cette période, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] percevra la moitié de son traitement sans déduction du jour de carence, ainsi que *(le cas échéant)* la totalité de son indemnité de résidence et de son supplément familial de traitement. |
| **Article 3** **:**  | Au cours de cette période, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] devra se soumettre aux contrôles médicaux, sous peine d’interruption de sa rémunération et de sanction disciplinaire. |
| **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 :