

(Fonctionnaire à temps non complet)
ARRÊTÉ
DE MISE EN CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE
(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 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 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 le certificat médical [d'arrêt ou de prolongation] d'arrêt de travail,

(le cas échéant) Considérant que M. ou M^{me} [Nom, Prénom] est en congé de maladie ordinaire depuis le [date],

ARRÊTE

ARTICLE 1 :

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

ARTICLE 2 :

M. ou M^{me} [Nom, Prénom] percevra [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 [date]

Signature de l'agent :