**ARRÊTÉ**

**de reprise d’activité après un congé pour incapacité de travail imputable au service**

**De M. ou Mme [Nom Prénom]**

**[grade] contractuel**

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 décret n°88-145 du 15 février 1988, relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment son article 9,

Vu l’arrêté en date du [**date**] plaçant M. ou Mme [**Nom, Prénom**] en congé pour incapacité de travail imputable au service à compter du [**date**],

Vu le certificat médical final portant [**guérison ou consolidation**] établi en date du [**date**],

Vu l’avis du médecin de prévention en date du [**date**], *(le cas échéant)*

**ARRÊTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Article 1** **:**  | M. ou Mme [**Nom, Prénom**] reprend ses fonctions à compter du [**date**]. |
| **Article 2 :**  | 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 :