**Modèle d’arrêté**

***De congé pour donner des soins d’un stagiaire***

🕬 Les mots inscrits en italique et cet encadré doivent faire l’objet d’un choix et/ou être enlevés dans la version définitive de l’arrêté.

*Logo ou blason de la commune ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la commune ou de l’établissement public*

**Arrêté n°20… -** *(n° d’ordre)*

**Portant octroi d’un congé pour donner des soins d’un stagiaire**

**à** *Madame ou Monsieur**(Nom et prénom de l’agent)*

*Le-La Maire-Président-Présidente de* *(nom de la commune ou de l’établissement public sauf si vous inscrivez ce nom en haut à gauche),*

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment son article[[1]](#footnote-1)

**Vu la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, notamment son article 1,**

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment ses articles 12 bis, 14 bis et 25 octies,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, notamment ses articles 72 à 73 et 97,

Vu le décret n°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet *(lorsque l’arrêté touche un agent qui exerce sur un poste qui n’est pas créé à 100%)*

Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la Fonction Publique Territoriale et notamment son article 13,

Vu l’arrêté nommant *Monsieur ou Madame … (nom + prénom de l’agent)* stagiaire sur le grade *d’, de* … *(dénomination du grade)* à compter du … *(date de mise en stage),*

Vu la demande écrite de congé pour donner des soins à … (*nom + prénom de l’enfant à charge, ou du conjoint, ou de l’ascendant*) à la suite … (*d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne*) en date du … présentée par *Monsieur ou Madame* … *(nom + prénom de l’agent)* pour une durée de … *(indication de la durée en mois et jours)[[2]](#footnote-2)*, à compter du … *(date)*,

Considérant que les nécessités de service ne s’opposent pas à ce qu’il lui soit donné satisfaction,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

*Monsieur ou Madame* … *(nom + prénom de l’agent)* est placé(e) en congé pour donner des soins à … (*nom + prénom de l’enfant à charge, ou du conjoint, ou de l’ascendant*) à la suite … (*d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne*) pour une durée de … *(indication de la durée en mois et jours)*, à compter du … *(date)*, jusqu’au … *(date)* inclus.

**Article 2 :**

La durée de la disponibilité pour convenances personnelles ne peut excéder 1 an renouvelable deux fois.

**Article 3 :**

Pendant cette période de disponibilité, l’agent ne percevra aucune rémunération et cessera de bénéficier de ses droits à l’avancement et la retraite.

**Article 4 :**

*Le Directeur général des services ou La secrétaire de mairie* est *chargé(e)* de l’exécution du présent arrêté.

**Article 5 :**

Une ampliation sera adressée *au Président/ à la Présidente* du Centre départemental de gestion de la fonction publique territoriale du Loiret et au comptable principal de (*nom de la commune ou de l’établissement public*).

**Article 6 :**

Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours gracieux auprès du *Maire de la commune* *OU du Président/ de la Présidente de (nom de la catégorie de la collectivité territoriale ou de l’établissement public concerné)* et/ou d’un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif d’Orléans, situé 28 rue de la Bretonnerie, 45057 Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet http://telerecours.fr

*Monsieur ou Madame le* *Maire-Président/Présidente* certifie, sous sa responsabilité, le caractère exécutoire du présent arrêté.

*Le-la* *Maire-Président/Présidente*

*NOM Prénom*

Fait à … *(nom de la commune ou de la commune siège de l’établissement public)*

Le … *(date)*

Notifié le … *(date)*

Signature de l’agent :

Transmis au Représentant de l’État le :…*(date)*

1. *L.2122-18 (commune) ou L.3221-3 (département) ou L.4231-3 (région) ou L.5211-9 (intercommunalité)* [↑](#footnote-ref-1)
2. *La durée est de 1 an maximum, renouvelable 2 fois ⭬ Article 13 du décret n°92-1194 du 4 novembre 1992* [↑](#footnote-ref-2)