**Modèle d’arrêté**

***Octroi d’une période de préparation au reclassement après l’avis du conseil médical***

🕬 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’une période de préparation au reclassement après l’avis du conseil médical**

**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 le Code général de la fonction publique, notamment son article L. 826-2 ;

**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 le décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 modifié relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions ;

*(si cela concerne un fonctionnaire à temps non complet)* 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 …, considérant l’agent inapte aux fonctions correspondant aux emplois de son grade et apte à exercer d’autres fonctions ;

Vu le courrier en date du …, adressé à M …, l’information de son droit à bénéficier d’une période de préparation au reclassement ;

Vu le courrier de réponse de M … en date du … acceptant le bénéfice d’une période de préparation au reclassement ;

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

À compter du …, M … bénéficie de la période de préparation au reclassement dont la durée sera fixée ultérieurement par convention.

**Article 2 :**

Pendant cette période, M … percevra l’intégralité de son traitement ainsi que, le cas échéant, l’indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et le complément de traitement indiciaire.

*(Le cas échéant si une délibération le prévoit*) M … percevra également l’intégralité de son régime indemnitaire

**Article 3 :**

La période de préparation au reclassement de M … est assimilée à une période de service effectif, notamment pour ses droits à avancement et à pension de 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 … (dénomination 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 :

*Cet arrêté n’est pas transmis au Représentant de l’Etat*

1. *L.2122-18 (commune) ou L.3221-3 (département) ou L.4231-3 (région) ou L.5211-9 (intercommunalité)* [↑](#footnote-ref-1)