**Modèle d’arrêté**

***Portant attribution d’un congé de solidarité familiale (agent contractuel)***

🕬 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 collectivité territoriale ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

**Arrêté n°20***…* **- …** *(n° d’ordre)*

**portant attribution d’un congé de solidarité familiale**

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

*Le-La Maire-Président-Présidente de* … *(nom de la collectivité territoriale 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 ses articles L.633-1 à L.633-4,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L168-1 et suivants,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment ses articles 14-3 et 33,

Vu le décret n°2013-68 du 18 janvier 2013 relatif au congé pour solidarité familiale pour les agents non titulaires des fonctions publiques de l’Etat, territoriale et hospitalière,

Vu la demande de *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* par courrier en date du …, sollicitant le bénéfice d’un congé de solidarité familiale,

Vu le certificat médical attestant que *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de la personne), … (indication du lien avec l’agent*), souffre d’une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d’une affection grave ou incurable, quelle qu’en soit la cause,

Considérant que *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* remplit les conditions requises pour bénéficier d’un congé de solidarité familiale.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

*Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* est placé(e) en congé de solidarité familiale à compter du … pour une période de … (*durée maximale de 3 mois renouvelable une fois)*

**Article 2 :**

*Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* bénéficie du congé de solidarité familiale

*Pour une période continue d’interruption d’activité de trois mois maximum, renouvelable une fois,*

*OU*

*Par périodes fractionnées d’au moins sept jours consécutifs, dont la durée cumulée ne peut dépasser six mois,*

*OU*

*Sous la forme d’un service à temps partiel pour une quotité de … % (50%, 60%, 70% ou 80%) du temps plein que les agents accomplissant les mêmes fonctions doivent effectuer. Le service à temps partiel est accordé pour une durée maximale de 3 mois, renouvelable une fois*

**Article 3 :**

Pendant cette période, l’agent ne percevra aucune rémunération.

OU

*(Lorsque le congé est transformé en période d’activité à temps partiel)* Pendant cette période, l’agent percevra ... % (50, 60, 70 % ou 6/7ème dans le cas de services représentant 80 % du temps plein) du traitement, de l’indemnité de résidence, des primes et indemnités. Le supplément familial de traitement ne peut être inférieur au montant minimum versé aux fonctionnaires travaillant à temps plein ayant le même nombre d’enfants à charge.

**Article 4 :**

La durée du congé est assimilée à une période de service effectif et ne peut être imputé sur la durée des congés annuels.

**Article 5 :**

Le congé prend fin soit à l’expiration de la période maximale autorisée, soit dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure à la demande de l’agent.

**Article 6 :**

À l’expiration du congé de présence parentale, *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* est réaffecté(e) dans son ancien emploi dans la mesure où les nécessités de service le permettent et pour la période restant à courir avant le terme du contrat. Dans le cas où *il/elle* ne pourrait être réaffecté(e) dans son précédent emploi, il bénéficie d'une priorité pour occuper un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente.

**Article 7 :**

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

**Article 8 :**

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 collectivité territoriale ou de l’établissement public*).

**Article 9 :**

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*

*Prénom NOM*

Fait à … *(nom de la commune ou de la commune siège de la collectivité territoriale ou 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)