***Modèle d’arrêté***

***De mise en congé sans traitement après un congé de grave maladie pour inaptitude à la reprise (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 la délibération.

*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)*

De mise en congé sans traitement pour inaptitude à la reprise suite à un congé de grave maladie *Madame ou Monsieur* … *(prénom et NOM 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,

Vu le Code de la sécurité sociale,

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°87-602 du 30 juillet 1987modifiérelatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, notamment son article 5,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment ses articles 8 et 13,

Vu l’arrêté n°… en date du … portant octroi d’un congé de grave maladie à *Madame ou Monsieur* *…* (*prénom et NOM de l’agent*), pour une période du *…* au *…* inclus,

Vu l’avis du Conseil médical en formation restreinte en date du … relatif à l’inaptitude temporaire à reprendre ses fonctions pour raisons de santé de *Madame ou Monsieur* … *(prénom et NOM de l’agent)*

Considérant que *Madame ou Monsieur* *…* (*prénom et NOM de l’agent*) est recruté sur le fondement de l’article … du Code général de la fonction publique, en contrat à durée déterminée pour une période de …, du … au … inclus ou en contrat à durée indéterminée,

Considérant que *Madame ou Monsieur …* *(nom + prénom de l’agent)* a épuisé ses droits à congés pour raisons de santé.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

Conformément à l’article 13 II du décret n°88-145 du 15 février 1988, *Madame ou Monsieur* *…* (*prénom et NOM de l’agent*) est placé(e) en congé sans traitement du … au … inclus.

**Article 2 :**

*Madame ou Monsieur* *…* (*prénom et NOM de l’agent*) ne percevra aucun traitement.

L’agent percevra les indemnités de journalières versées par la Sécurité Sociale.

**Article 3 :**

*Madame ou Monsieur* *…* (*prénom et NOM de l’agent*) devra solliciter auprès de l’autorité territoriale sa réintégration au minimum un mois avant le terme de sa période de congé sans traitement.

La sollicitation s’effectuera par lettre recommandée avec accusé de réception.

A défaut, l’agent sera considéré comme démissionnaire.

**Article 4 :**

*Madame ou Monsieur* *…* (*prénom et NOM de l’agent*) pourra bénéficier d’une période complémentaire de 6 mois sur présentation d’un certificat médical attestant que l'agent sera apte à reprendre ses fonctions à l'issue de cette période complémentaire.

**Article 5 :**

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

**Article 6 :**

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 7 :**

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)