**ARRÊTÉ N° 20../......**

**PORTANT MISE EN CONGE MALADIE ORDINAIRE**

**M .....................................,**

**Le Maire (ou Le Président) de.................................................**

Vu le Code général de la fonction publique

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

*(Le cas échant si agent 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

*(Le cas échéant, si l’agent est stagiaire)* Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale

*(Le cas échéant)* Vu la délibération n°...... du ...... (date) instaurant le régime indemnitaire

Vu le certificat médical

*(En cas de prolongation d’un arrêt maladie initial ou en cas de reprise inférieure à 48h entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause)* Vu l'arrêté en date du … plaçant M … en congé de maladie à compter du … et lui appliquant un jour de carence le …

Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M........................n’a pas bénéficié de congé de maladie *(ou a bénéficié de ...............jours de congé rémunéré à plein traitement et ……… jours de congé rémunéré à demi-traitement)*,

***ARRETE***

**ARTICLE 1 :** M ......... est placé en congé de maladie ordinaire du .......... au ………..

**ARTICLE 2 :** Durant le congé maladie, la rémunération de M …est la suivante :

* Le premier jour d’arrêt, soit le …, correspondant à la journée de carence, n’est pas rémunéré.
* Du …au …… rémunération à plein traitement, soit … jours,
* *(En cas de passage à demi-traitement*) du … au …rémunération à demi-traitement soit … jours,

**ARTICLE 3 :** M……devra se soumettre aux contrôles médicaux.

L’intéressé devra transmettre le certificat médical de prolongation dans un délai maximum de 48 H à compter du 1er jour de la prolongation.

**ARTICLE 4 :** Le présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé(e),
* Transmis au comptable de la collectivité,
* Transmis au Président du Centre de Gestion

Fait à…………Le…………………

Signature de l’autorité territoriale

Notifié à l’agent le :

(date et signature)

Le Maire (ou Le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte. La présente décision peut faire l’objet, d’une part d’un recours administratif en application de l’article L 216-2 du CGFP et d’autre part, dans un délai de deux mois à compter de sa publication et/ou notification, d’un recours contentieux par courrier adressé au Tribunal administratif de Rennes 3, Contour de la Motte, CS 44416, 35044 Rennes Cedex, ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).