**ARRÊTÉ N° ... ACCORDANT UNE PERIODE DE PREPARATION AU RECLASSEMENT (PPR)**

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

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

Vu le Code général de la fonction publique,

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,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(Le cas échéant si l'agent est à temps non complet)* 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, modifié,

Vu le décret n° 2019-172 du 5 mars 2019 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions,

Vul’avis du Conseil médical du ………………………………déclarant M…………inapte totalement et définitivement aux emplois de son grade,

**OU**

Considérant que M …… a demandé à bénéficier de la période de préparation au reclassement à compter de la date à laquelle l'avis du Conseil Médical a été sollicité, soit le……,

Vu la proposition à M ………………….d’une période de reclassement en date du ……………………………………

**Vu** l’accord de M…………………………du …………………………………………… de bénéficier d’une Période de Préparation au Reclassement

*(Le cas échéant, en cas d’accord sur le report de la date de commencement de la PPR, dans la limite de 2 mois)* Considérant l’accord de l’intéressé, du Maire (ou du Président) et du Président du centre de gestion de reporter le début de la période de préparation au reclassement au …… *(Indiquer la date),*

**Vu** l’acceptation de la convention tripartite du ……..

***ARRETE***

**ARTICLE 1 :** A compter du ………M……… bénéficie d’une période de préparation au reclassement d’une durée de ……soit du ……………………au……….inclus *(6 mois renouvelable 1 fois dans la limite d’un an maximum)*

**ARTICLE 2 :** La période de préparation au reclassement prendra fin avant son terme en cas de non-respect des termes de la convention par M……………………………..

**ARTICLE 3 :** Pendant la période de préparation au reclassement M…… demeure en position d’activité dans son cadre d’emplois d’origine et perçoit son plein traitement *(le cas échéant le SFT, l’indemnité de résidence, et le complément de traitement indiciaire)* ainsi que l’intégralité de son régime indemnitaire (sous réserve de la délibération). Cette période est assimilée à une période de service effectif.

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

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

Fait à…………Le…………………

Signature (et référence) 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, 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).