**Arrêté de placement en congé de longue maladie**

**a plein ou demi-traitement**

**De M./Mme .........................................................**

**Grade ..........................................................**

**(Fonctionnaires CNRACL)**

le Maire *(ou le Président)* de ...............................................................................................,

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(le cas échéant)* 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,

*(le cas échéant)* Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Vu l’avis du Comité médical en date du ………… se prononçant pour le placement en congé de longue maladie de M…………………. pour une période de ……………….. à compter du …………………..(1),

Vu le certificat médical du médecin traitant en date du ……….indiquant que le congé doit être prolongé pour une période de ……(entre 3 à 6 mois)

Considérant que M....................................... n’a pas bénéficié d’un congé de longue maladie au cours des douze derniers mois,

Considérant que M………… est dans l’impossibilité d’exercer ses fonctions par suite d’une maladie grave et invalidante nécessitant un traitement et des soins prolongés,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :**

M./Mme ………………………………… est placé*(e)* *(ou maintenu(e))* en congé de longue maladie du …… au ……..

**ARTICLE 2 :**

Pendant cette période, M./Mme ....................... percevra un plein traitement ainsi que, le cas échéant, l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement\*.

**OU**

Pendant cette période, M./Mme ....................... percevra un demi-traitement ainsi que, le cas échéant, l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement dans leur intégralité\*.

* *En cas d’octroi rétroactif d’un congé de longue maladie, l’agent doit se voir rembourser du trentième retenu au titre de la journée de carence*

**ARTICLE 3 :**

Pendant le congé de longue maladie, M./Mme ....................... doit cesser toute activité rémunérée, à l’exception de celles ordonnées et contrôlées médicalement par le médecin du travail au titre de la réadaptation et de la libre production des œuvres de l'esprit.

A défaut, il *(elle)* s’expose à l’interruption du versement de sa rémunération et au reversement des sommes indument perçues.

**ARTICLE 4 :**

M./Mme ....................... est tenu*(e)* d’informer l’autorité territoriale de tout changement de domicile et de toute absence de son domicile supérieure à deux semaines (sauf cas d’hospitalisation), en précisant les dates et lieux de séjour.

A défaut, il *(elle)* s’expose à l’interruption du versement de sa rémunération.

**ARTICLE 5 :**

M./Mme ....................... doit se soumettre aux visites de contrôle prescrites par un médecin agréé ou par le conseil médical, sous peine d’interruption du versement de sa rémunération.

Le refus répété et sans motif valable de se soumettre à un tel contrôle peut entraîner, après mise en demeure, la perte du bénéfice du congé de longue maladie.

**ARTICLE 6 :**

Le ..................................(2) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé*(e).*

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de gestion,

- Comptable de la Collectivité.

Fait à .................................... le ....................................

 Le Maire *(ou le Président)*

 *(Prénom-Nom)*

Le Maire *(ou le Président),*

- certifie sous sa responsabilité le caractère

exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un

 recours hiérarchique préalable exercé dans un délai de

deux mois à compter de la présente notification,

éventuellement suivi d’un recours pour excès de pouvoir

devant le Tribunal Administratif de Poitiers, dans un délai

de deux mois à compter, soit de la réponse de l’administration,

soit de la décision implicite de rejet de cette dernière.

Notifié le ...........................................

Signature de l’agent :

1. *Le conseil médical est obligatoirement saisi : pour l’octroi d’une première période de CLM, les renouvellements après épuisement des droits à plein traitement, le dernier renouvellement, l’issue du CLM (****lorsque le bénéficiaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières ou en cas de placement d’office),*** *la contestation par la collectivité ou l’agent de l’avis du médecin agréé*

*(2) Directeur Général des services si collectivité ≥ 2000 habitants*

*Directeur si EPCI*

*Secrétaire de Mairie si collectivité < 2000 habitants*