Arrêté portant mise en congé de maladie ordinaire de

M. (Mme)…………..

Plein ou demi-traitement

(Fonctionnaire affilié à la CNRACL)

***IMPORTANT :***

*Depuis l’entrée en vigueur du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique territoriale il n’y a plus lieu de saisir la formation restreinte du conseil médical (ancien comité médical) après 6 mois consécutifs de CMO. Il faut obligatoirement saisir la formation restreinte lors de la réintégration à expiration des droits à congés pour raison de santé, c’est-à-dire après 12 mois consécutifs en CMO.*

*L'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à une visite de contrôle du demandeur par un médecin agréé. Elle doit procéder à cette visite au moins une fois au-delà de six mois consécutifs de congé de maladie.*

*Dans ce cadre, le conseil médical peut être saisi pour avis en cas de contestation, soit par l'autorité territoriale, soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.*

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Présidentde .......................................................................................................,

Vu le Code général de la fonction publique,

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires, et notamment l’article 25,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, et notamment l’article 15,

(*Le cas échéant si l’agent est à temps non complet + 28h*) 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 si l’agent est fonctionnaire stagiaire)* Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Vu le certificat médical du …/…/…,

*(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. congé rémunérés à plein traitement)*,

**Arrête**

**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 …sans traitement (ni indemnité de résidence, ni N.B.I, ni primes), le S.F.T sera maintenu dans sa totalité. *(Retirer cette mention en cas de prolongation de l’arrêt maladie initial ou cas de reprise inférieure à 48h entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause au vu de l’arrêt maladie ou de l’attestation sur l’honneur de l’agent)*
* 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 avertir l'autorité de toute nouvelle prolongation si possible au moins la veille de la date de reprise initialement prévue et il devra obligatoirement 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, et transmis au comptable de la collectivité.

Fait le..........., le ..../..../....

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président,

(nom, prénom et qualité lisible)

**Notifié le :**

**Signature :**

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président informe que la présente décision peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Toulouse dans un délai de 2 mois, à compter de la présente notification par courrier postal (68 rue Raymond IV, BP 7007, 31068 Toulouse Cedex 7 ; Téléphone : 05 62 73 57 57 ; Fax : 05 62 73 57 40) ou par le biais de l’application informatique Télérecours, accessible par le lien suivant : <http://www.telerecours.fr>