Arrêté portant mise en (ou prolongation d’un) congé de maladie ordinaire à 90% ou demi-traitement de M. Mme ……

(Agent contractuel)

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

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié pris pour l’application de l’article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment son article 7 ;

Vu le certificat médical établi par le Docteur ……………………………… en date du …………………… portant arrêt de travail de M………………………………………………………………… du …………………… au …………………… inclus ;

Considérant que M………………………………………………………………… justifie de ……… mois ou année de services ;

Considérant que pour la période des 12 mois précédant cet arrêt de travail, M………………………………………………………………… n’a pas bénéficié de congé de maladie ou a bénéficié de ……… jours de congé rémunéré à 90 % du traitement, et/ou de ……… jours à demi-traitement ;

ARRETE

**Article 1** :

A compter du ……………………, M…………………………………………………………………, …………………………………………………… *(préciser le grade)* contractuel, est admis(e) au bénéfice d’un congé de maladie ordinaire pour une période de …………………… allant jusqu’au …………………… inclus (la période ne doit pas excéder le terme du contrat).

**Article 2 :**

M………………………………………………………………… sera rémunéré(e) comme suit **(\*)** :

* le ………………… : jour de carence (jour d’arrêt sans traitement),
* du ………………… au ………………… : …… jours à 90 % du traitement,
* du ………………… au ………………… : …… jours à demi-traitement.

**Article 3**

Pendant cette période, les prestations en espèces versées par la caisse primaire d'assurance maladie à l’intéressé(e) viendront en déduction des sommes allouées par la collectivité (ou l’établissement) au titre du traitement ou de la fraction du traitement.

Sauf en cas de subrogation dans les droits éventuels de l’agent au bénéfice de ces prestations, Monsieur (ou Madame) ... devra communiquer, sur demande de l’autorité territoriale, le montant des prestations en espèces ou des pensions qui lui auront été directement versées par la CPAM pour inaptitude physique en application du régime général de sécurité sociale.

A défaut, l'autorité territoriale pourra suspendre le versement du traitement jusqu'à la transmission des informations demandées.

**Article 4 :**

Monsieur *(ou Madame)* ... devra respecter les autorisations de sortie qui lui sont applicables et se soumettre aux contrôles médicaux diligentés par la caisse primaire d'assurance maladie ou l’autorité territoriale.

Il *(ou elle)* devra avertir l'autorité de toute nouvelle prolongation si possible au moins la veille de la date de reprise initialement prévue et transmettre le certificat médical de prolongation dans un délai maximum de 48 heures à compter du 1er jour de la prolongation.

Article 5 :

Le présent arrêté sera transmis au comptable de la collectivité et notifié à l'intéressé(e).

Fait à ........................., 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 publication 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>