**MODELE D’ARRETE DE
 MISE EN CONGE DE MATERNITE
DE M…………………………………
GRADE………………………………
A TEMPS COMPLET ou A TEMPS NON COMPLET à raison de…
heures hebdomadaire**

Le Maire / Le Président de …………………………,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

*(le cas échéant)*, Vu le décret n°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires nommés dans des emplois à temps complet,

Vu le certificat médical fixant la date présumée de l’accouchement au …………………………

*(le cas échéant)* Considérant qu’il s’agit d’une grossesse multiple ou d’un troisième enfant ou d’un enfant de rang suivant,

*(le cas échéant)* Considérant que M………………………… a demandé avec l’avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse le rapport du congé parental pour une durée de ……. (*dans la limite de 3 semaines)* sur la période postnatale du congé maternité.

**ARRETE**

Article 1er : A compter du …………….., M………………………… est placée en congé de maternité pour une durée de 16 semaines *(durée prolongée en cas de grossesses multiples et à partir du 3ème enfant ou d’un enfant de rang supérieur)*

Article 2 : Pendant cette période, M ………………………… percevra l’intégralité de sa rémunération. *(La rémunération de l’agent autorisé à exercer ses fonctions à temps partiel est rétablie à plein traitement pendant la durée du congé de maternité)*

Article 3 : Le directeur général des services 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)