**ARRETE
DE MISE EN CONGE POUR ETAT PATHOLOGIQUE
PRENATAL OU POSTNATAL
DE M ……………………
GRADE ……………………
A TEMPS COMPLET ou A TEMPS NON COMPLET à raison de …….. heures hebdomadaires**

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 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,
- Vu le certificat médical fixant la date présumée de l’accouchement au ……………………
OU
- Vu l’arrêté en date du …………………… à compter du …………………… plaçant M à compter du …………………… en congé maternité pour une durée de …………………… à compter du ……………………
- Vu le certificat médical attestant que l’état de santé de M…………………… nécessite un congé pour grossesse pathologique d’une durée de …………………… (dans la limite de 2 semaines), à compter du ……………………
OU
- Vu le certificat médical attestant que l’état de santé de M …………………… nécessite un congé pour couches pathologiques d’une durée de …………………… (dans la limite de 4 semaines) à compter de la fin du congé de maternité.

 **ARRETE**
ARTICLE 1 :
 A compter du …………………., M …………………… est placée en congé pour état pathologique prénatal pour une durée de ……………………
 OU
 A compter du ……………………, M …………………… est placée en congé pour un état pathologique postnatal pour une durée de ……………………

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 pathologique, ledit congé étant assimilé à 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)

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 pour excès de pouvoir devant le
Tribunal Administratif dans un délai de deux mois
à compter de la présente notification.
Notifié le ……………………
signature de l’agent