***(Mise à jour le 02/05/25)***

**Arrêté d’autorisation d’exercice d’un service à**

**temps partiel thérapeutique**

**pour *Monsieur* *(ou Madame)* …**

***Les mentions en italique constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou le Président)*

**VU**

* Le code général des collectivités territoriales
* Le code général de la fonction publique et notamment les articles L823-1 à L823-6
* Le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux
* Le décret n°2021-1462 du 08 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale

*Le cas échéant si l’agent était placé en congé pour raison de santé :*

* L’arrêté en date du... plaçant Monsieur (ou Madame)... en position de congé de... (Type de congé : maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident de service, ou maladie professionnelle),

*Uniquement si existence d’un régime indemnitaire,*

* La délibération du … instituant le régime indemnitaire,

*Uniquement si renouvellement d’un temps partiel thérapeutique*

* Le ou les arrêtés ………. autorisant *Monsieur Madame…….* à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique pour la période du ……..au ……. inclus

Considérant :

* La demande écrite d’autorisation de service à temps partiel thérapeutique, en date du …….., présentée par *Monsieur* *(ou Madame)* ... grade … échelon … , accompagnée du certificat médical établi par le docteur … , médecin traitant pour une durée de … *(1 à 3 mois)* à compter du … pour une quotité de … *(50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)*

*Avis facultatif pendant les 3 premiers mois, en revanche, avis obligatoire au-delà du 3ème mois*

* L’avis favorable du docteur…, médecin agréé en date du…….

*Le cas échéant, en cas de reprise après un congé de maladie ordinaire de douze mois consécutifs, d’une période de congé de longue maladie ou de longue durée qui nécessite l’avis favorable du conseil médical :*

* L’avis favorable en date du … rendu par le conseil médical se prononçant pour la reprise de fonction de *Monsieur (ou Madame*) ...
* l’information du médecin du travail en date du …,

Considérant que l’état de santé de *Monsieur (ou Madame)* ... nécessite une reprise d’activité partielle à raison de … % de sa durée normale de service

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

***Le cas échéant si l’agent était placé en congé pour raison de santé***

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)*... est réintégré*(e)* dans ses fonctions à la suite d'un congé de... (*maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident de service, ou maladie professionnelle)* et est autorisé*(e)* à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% du service à temps complet *(ou pour un fonctionnaires à temps non complet CNRACL : de la durée hebdomadaire du ou des emplois qu'il occupe)* pour une durée de... soit jusqu'au...

***Ou Si l’agent était en activité :***

A compter du ..., *Monsieur* *(ou Madame)* ... est autorisé*(e)* à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique, à raison de …% de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(ou pour un fonctionnaire à temps non complet CNRACL : de la durée hebdomadaire du ou des emplois qu'il occupe)* pour une durée de ... soit jusqu'au ...

**Article 2 :**

Pendant cette période de temps partiel thérapeutique, *Monsieur (ou Madame)* ………percevra l’intégralité de son traitement, ainsi que des primes et indemnités calculées au prorata de sa durée effective de service.

**Article 3 :**

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e). Ampliation sera adressée au Comptable de la collectivité ainsi qu’à Monsieur le Président du Centre de Gestion.

………., le **CERTIFIE EXECUTOIRE**

*Le Maire, le Président,* Notifié le

(Signature de l’agent)

*Conformément aux dispositions du décret n° 65-29 du 11 janvier 1965 modifié, le Maire, Président certifie sous son autorité le caractère exécutoire de cet acte et informe l’intéressé qu’il dispose d’un délai de deux mois à compter de la notification pour le contester devant le Tribunal Administratif de BESANCON.*