**(Mise à jour le 02/05/25)**

**ARRETE PORTANT ADMISSION AU BENEFICE *(OU RENOUVELLEMENT)* D’UN CONGE DE LONGUE MALADIE A PLEIN *(OU DEMI)* TRAITEMENT**

**De Monsieur *(ou Madame)* …**

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Elles doivent être supprimées de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou le Président)*

**VU**

* Le Code général de la fonction publique
* Le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif à l’organisation de comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux
* *La demande de Madame ou Monsieur……..en date du …, appuyée du certificat de son médecin traitant spécifiant qu’il (elle) est susceptible de bénéficier d’un congé de longue maladie,*
* *(Le cas échéant pour un renouvellement) La demande présentée par Monsieur (ou Madame) …, en date du …, sollicitant le renouvellement de son congé de longue maladie*
* L’avis de la formation restreinte du conseil médical en date du …, se prononçant pour la mise en congé de longue maladie de Monsieur *(ou Madame)* …, pour une période de …, à compter du …,
* *(Eventuellement)L’arrêté en date du … plaçant Monsieur (ou Madame) …, en congé de longue maladie pour la période du……..au…….inclus*

*Considérant que Monsieur (ou Madame) … n’a pas bénéficié d’un congé de longue maladie au cours des douze derniers mois,*

***Ou***

* *Considérant que Monsieur (ou Madame) … a déjà bénéficié d’un congé de longue maladie du … au … au cours des douze derniers mois,*

**ARRÊTE**

**Article 1** :

Monsieur *(ou Madame)* …, né*(e)* le …, *(Grade)* …, est placé*(e)* en congé de longue maladie pour une durée de …, soit du … au … inclus.

**Article 2** :

Cette période de congé de longue maladie sera rémunérée sur la base du *(plein) ou (du demi traitement).*

**Article 3** :

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

Fait à ……….., 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 Président certifie sous son autorité le caractère exécutoire de cet acte et informe l’intéressé qu’il dispose d’un délai de 2 mois à compter de la notification pour le contester devant le Tribunal Administratif de BESANCON.*