***(Mise à jour le 02/05/25)***

 **ARRETE DE MISE EN CONGE DE MALADIE ORDINAIRE**

**DE M./Mme …………………………………**

**GRADE ………………………………………**

*Le Maire / le Président*

**VU**

* Le Code général des collectivités territoriales,
* La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,
* 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,
* L’arrêté en date du …/…/… plaçant M./Mme ………………………. (*nom, prénom*) en congé maladie à compter du …/…/…,
* Le certificat médical du docteur……….prescrivant un arrêt de travail pour la période du … au … inclus,
* Les congés de maladie ordinaire obtenus par l’intéressé(e) sur une période de référence d’un an,

**ARRETE**

**Article 1** : A compter du …/…/…, M./Mme ………………………. (*nom, prénom, grade*) est placé(e) en congé de maladie ordinaire pour une période allant jusqu’au … inclus, rémunérée comme suit :

* les … : jours de carence (congé de maladie non rémunéré),
* du … au … : … jours à plein traitement,
* du … au … : … jours à demi traitement,

**Article 2** : 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 …/…/…, Notifié le …/…/…,

Le Maire / Le Président Signature de l’agent

(*nom, prénom, qualité et signature*)

*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(e) qu’il(elle) dispose d’un délai de deux mois à compter de la notification pour le contester devant le Tribunal Administratif de BESANCON.*

**N.B. :** Le Comité Médical doit être saisi lorsque la durée de la maladie a atteint six mois consécutifs.