*(Mise à jour le 02/05/25)*

ARRETE

*DE MISE OU DE PROLONGATION* DE MISE EN CONGE DE LONGUE DUREE

A PLEIN OU DEMI-TRAITEMENT

DE M .....................................................................

GRADE .................................................................

*Le Maire (ou le Président)*

**VU**

* Le code général des collectivités territoriales,
* Le code général de la fonction publique, notamment les articles L822-12 et suivants,
* Le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,
* L’avis du Conseil Médical en date du ......, se prononçant pour la mise en congé de longue durée de M ……… pour une période de …… à compter du ……,
* *(Eventuellement)* L’arrêté en date du ……, plaçant M ……… en congé longue durée pour la période du…… au ………inclus

A) Considérant que M ……… n’a jamais bénéficié au cours de sa carrière d’un congé de longue durée,

**OU**

B) Considérant que M ……… peut prétendre à un nouveau congé de longue durée *(cas où survient une maladie d’une autre nature que celle ouvrant droit au congé de longue durée initial),*

**OU**

C) Considérant que M ……… a déjà bénéficié d’un congé de longue durée pour une période de …… du …… au …… qui doit s’imputer sur l’ensemble des droits de l’agent à ce congé *(cas de rechute ou de maladie de même nature que celle précédemment constatée),*

*(Eventuellement) L*’avis du Conseil Médical,

ARRETE

ARTICLE 1 :

A compter du ……, M ……… est placé(e) en congé de longue durée à plein traitement (ou demi-traitement) pour une période de ……,

OU

A compter du ……, M ……… est maintenu(e) en congé de longue durée à plein traitement (ou demi-traitement) pour une période de ……,

ARTICLE 2 :

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

**ARTICLE 3 :**

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé. 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 Maire ou Président certifie sous son autorité le caractère exécutoire de cet acte et informe l’intéressé ou e qu’il ou elle dispose d’un délai de 2 mois à compter de la notification pour le contester devant le Tribunal Administratif de BESANCON.*