**TRAME D’ARRÊTÉ DE MISE EN CONGE MALADIE ORDINAIRE**

**Agent contractuel**

**Pour les arrêts de travail prescrits à compter du 1er mars 2025**

**DE M. (Mme**) ...................................................................................

**GRADE DE** .....................................................................

**Le Maire (ou Le Président) de.................................................**

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique

Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la Fonction Publique Territoriale et notamment les articles 7 ; 12 et 45,

Vu le certificat médical en date du …………………………… prescrivant un arrêt de travail pour la période du ……. au…………….,

Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M (Mme) ....................................................., n’a pas bénéficié de congé de maladie

***OU***

Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M (Mme) ....................................................., a bénéficié de ...............jours de congé rémunéré à 100% et/ou 90% du traitement et ……… jours de congé rémunéré à 50% du traitement,

***ARRETE***

***Rappel : L'agent contractuel en activité bénéficie, sur présentation d'un certificat médical, de congés de maladie ordinaire pendant une période de douze mois consécutifs ou, en cas de service discontinu, au cours d'une période comprenant trois cents jours de services effectifs, dans les limites suivantes :***

* ***Après quatre mois de services, un mois à plein traitement et un mois à demi-traitement,***
* ***Après deux ans de services, deux mois à plein traitement et deux mois à demi-traitement,***
* ***Après trois ans de services, trois mois à plein traitement et trois mois à demi-traitement***

**ARTICLE 1 :** M (Mme) ......................................................................., détenant le grade de .......................................... est placé(e) en congé de maladie ordinaire, du ……… au ……………….

**ARTICLE 2 :** Durant cette période, M.................................. percevra 90% de son traitement déduction faite de la journée de carence.

***(Enlever la mention de la journée de carence si arrêt de maladie de prolongation ou lorsque l'agent n'a pas repris le travail plus de 48 heures entre deux congés de maladie pour la même pathologie ou en cas de congés de maladie accordés postérieurement à un 1er congé de maladie au titre d’une affectation de longue durée pour une période de 3 ans)***

***ou***

* Du …au …… : 90% de son traitement, déduction faite de la journée de carence,

***Enlever la mention de la journée de carence si arrêt de maladie de prolongation ou lorsque l'agent n'a pas repris le travail plus de 48 heures entre deux congés de maladie pour la même pathologie ou en cas de congés de maladie accordés postérieurement à un 1er congé de maladie au titre d’une affectation de longue durée pour une période de 3 ans)***

* *(En cas de passage à demi-traitement*) Du … au … : 50% de son traitement,

**ARTICLE 3 :** M (Mme) ....................................................., devra se soumettre aux contrôles médicaux.

L’intéressé devra transmettre le certificat médical de prolongation dans un délai maximum de 48 heures à compter du 1er jour de la prolongation.

**ARTICLE 4 :** Le présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé(e),
* Transmis au comptable de la collectivité,
* Transmis au Président du Centre de Gestion

Fait à…………Le…………………

Signature de l’autorité territoriale

Notifié à l’agent le :

(date et signature)

Le Maire (ou Le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte. La présente décision peut faire l’objet, dans un délai de deux mois à compter de sa publication et/ou notification, d’un recours contentieux par courrier adressé au Tribunal administratif de Besançon, ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).