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

Fonctionnaire stagiaire/titulaire CNRACL/IRCANTEC

**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 de la fonction publique

Vu 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

***Le cas échéant, si l’agent est stagiaire :***Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale

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***

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

ordinaire, à compter du .....................................,

**ARTICLE 2 :** Durant cette période, M (Mme) ..................................................... 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).