**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL…………………

Arrêté de mise en congé de maladie ordinaire à demi traitement d’un agent contractuel employé de manière continue

Le Maire **OU** Le Président ;

VU le Code de la Sécurité sociale ;

VU le décret n° 88-145 du 15 février 1988 modifié relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, et notamment ses articles 7 et 28 ;

VU le certificat médical présenté par M………………………………………………………… ;

CONSIDÉRANT qu'au cours des douze mois précédant le premier jour du nouveau congé, M *(nom-prénom-grade)* …………………………………… a déjà bénéficié de congé de maladie ordinaire, à savoir :

- du ……………….. au………………… : …….. jours rémunérés à *(plein traitement ou 90% du traitement pour les congés accordés à compter du 01/03/2025 ou demi-traitement)*

- du ……………….. au………………… : …….. jours rémunérés à *((plein traitement ou 90% du traitement pour les congés accordés à compter du 01/03/2025 ou demi-traitement)*

CONSIDÉRANT que l'intéressé*(e)* a été recruté*(e)* en qualité d'agent contractuel le ……………………..……… ;

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :*** M *(nom-prénom-grade)* ………..……………………………….……………………… agent contractuel, est placé*(e)* en congé de maladie ordinaire du ………………….. au …………………. inclus.

***ARTICLE 2 :*** Pendant ce congé, M………………………………………………….. percevra la moitié de son traitement du…………………………. au ………………………… Le supplément familial lui sera versé intégralement *(le cas échéant).*

Une journée de carence sera appliquée le……..…….. en application de l’article 115 de la Loi de finances n°2017-1837 du 30 décembre 2017 *(Le cas échéant, sauf exceptions article 115 notamment prolongation du congé)*. Si l’arrêt est en rapport avec une affection longue durée une seule journée de carence sera appliquée par période de 3ans.

***ARTICLE 3 :*** Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée au :

* Comptable de la collectivité *(ou de l'établissement)*.

Fait à ………………….., le …………………….,

Le Maire **OU** Le Président

*(porter les prénom et nom de l'autorité territoriale)*

Le Maire **OU** Le Président

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Notifié le …………………………….,

Signature de l'agent