|  |  |
| --- | --- |
| Logo Collectivité | **Arrêté de mise en congé supplémentaire pour couches pathologiques**  **(Fonctionnaires affiliés à la CNRACL)**  **N°…….** |

Le Maire (*ou le Président*) de ……………………………………………………………………………

Vu le code général de la fonction publique et notamment ses articles L 631-3 à L 631-5,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu l'arrêté en date du ……………….….. plaçant Madame (nom-prénom-grade) ………………………….… ………………..………… en congé de maternité du …………………. au …………………. ;

Vu le certificat médical délivré le ………………………… à Madame …………………………………………. ;

**A R R Ê T E**

**Article 1er :** Mme(nom-prénom-grade-qualité) ………………………………………………………………….…… est placée en congé supplémentaire pour couches pathologiques, du ………………….. au ………..……….

**Article 2 :** Pendant la durée de son congé, l'intéressée percevra la totalité de son traitement. La nouvelle bonification indiciaire, le supplément familial de traitement ainsi que l'indemnité de résidence lui seront versés intégralement (le cas échéant).

**Article 3 :** Le Directeur Général des services est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée aux/au/à la :

* Comptable de la collectivité (*ou de t’établissement)*
* *Président(e) du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan (pour les arrêtés relatifs au déroulement de la carrière)*
* Préfet du Morbihan **OU** au Sous-Préfet chargé de l'arrondissement de …………………… (pour les décisions individuelles relatives à la nomination, au recrutement, y compris le contrat d'engagement, et au licenciement des agents non titulaires, à l'exception de celles prises pour faire face à un besoin lié à un accroissement temporaire ou saisonnier d'activité, en application de l'[article L. 332-23 du code général de la fonction publique](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000044416551&idArticle=LEGIARTI000044421930&dateTexte=&categorieLien=cid))

Fait à………………………,

le……………………………

Prénom, nom et qualité du signataire,

|  |
| --- |
| 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 pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif de Rennes (par voie postale au 3 contour de la Motte - 35000 RENNES ou par voie dématérialisée via l’application « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.    Notification faite le ……………………………..  Signature de l’agent : |