**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté de mise en congé de longue durée ou de prolongation de congé de longue durée

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le Code général de la fonction publique et notamment ses articles L 822-12 à L 822-17, L 822-27 à L 822-30 ;

VU le décret n° 85-643 du 26 juin 1985 modifié relatif aux centres de gestion et notamment son article 40-3° ;

VU le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et notamment ses articles 1er à 9, 14, 15, 18, 19, 24 à 37, 39 et 41 ;

*(le cas échéant)* VU le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 modifié fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale et notamment son article 7 *;*

VU la demande présentée par M…………………………………………. appuyée d'un certificat médical ;

OU

VU la demande de l'autorité territoriale ; c*oncerne le congé de longue*

VU le rapport écrit du médecin du service de médecine préventive *durée d'office*

**CONSIDERANT** que M.............................. n’a jamais bénéficié au cours de sa carrière d’un congé de longue durée [[1]](#footnote-1) ;

OU

**CONSIDERANT** que M.............................. peut prétendre à un nouveau congé de longue durée (cas où survient une maladie d’un autre type que celle ouvrant droit au congé de longue durée initia) (1) ;

OU

**CONSIDERANT** 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 type que celle précédemment constatée) [[2]](#footnote-2) ;

OU

**CONSIDERANT** que M............................. est actuellement en congé de longue durée depuis le .................... (2);

**CONSIDÉRANT** que par un avis en date du………………………….. le comité médical départemental s'est prononcé pour la mise (*OU la prolongation*) en congé de longue durée de M……………………., pour une durée de ………. mois à compter du…………………….. ;

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :*** M *(nom-prénom-grade-qualité : fonctionnaire titulaire ou stagiaire)* …………………… ……………………….………. est placé*(e)* (*OU est maintenu(e))* en congé de longue durée du ……………………au……………………...(*inclus*)

***ARTICLE 2 :*** Pendant cette période M…………………………………… percevra la totalité de son traitement (*OU sera rémunéré à demi-traitement).* Le supplément familial de traitement ainsi que l'indemnité de résidence lui seront versés intégralement (*le cas échéant).*

***ARTICLE 3 :*** *(ne concerne pas le congé de longue maladie d'office)* Les périodes de prolongation de congé de longue maladie devront faire l'objet d'une demande écrite de l'intéressé*(e)* ou de son représentant légal, un mois avant l'expiration dudit congé.

***ARTICLE 4 :*** Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée aux :

* Président du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan.
* 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

1. *Dans ces deux cas, l’agent a droit à 3 ans à plein traitement et 2 ans à demi traitement.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Le congé de longue durée doit se poursuivre à plein traitement, si l’agent en bénéficie depuis moins de trois ans, à demi traitement au-delà de trois ans, dans la limite de cinq ans.* [↑](#footnote-ref-2)