|  |  |
| --- | --- |
| Logo Collectivité | **AVENANT AU CONTRAT N°………. PORTANT PLACEMENT/ OU RENOUVELLEMENT****EN CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE****N°…….** |

Entre les soussignés

(dénomination exacte de la collectivité ou de l’établissement concerné) représenté(e) par son (maire ou président),

ci-après désigné(e) « la collectivité(ou l’établissement) employeur »

**d’une part**

Et Nom patronymique (nom de naissance)……………………………………

Nom d’usage (nom marital)……………………………………………

Prénom « le contractant » domicilié(e) à

**d’autre part**

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

Vu le décret n°2013-68 du 18 janvier 2013 relatif au congé pour solidarité familiale pour les agents non titulaires des fonctions publiques de l’Etat, territoriale et hospitalière,

Vu la demande écrite de M… en date du… sollicitant le bénéfice d’un congé de solidarité familiale à compter du …,

Vu le certificat médical attestant que Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de la personne), … (indication du lien avec l’agent), souffre d’une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d’une affection grave ou incurable, quelle qu’en soit la cause,

Considérant que M… remplit les conditions requises pour bénéficier d’un congé de solidarité familiale et qu’il y a lieu d’accéder à la requête de l’agent,

**Il est convenu ce qui suit :**

**Article 1 :**

A compter du , le contrat à durée (in)déterminé de M …......... est modifié comme suit :

A compter du …………M……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale pour une durée de……… (durée maximale 3 mois renouvelable une fois).

**OU**

A compter du …………M……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale par périodes fractionnées d’au moins sept jours consécutifs, dont la durée ne peut dépasser six mois :

* du …………au ……………
* du …………au ……………
* du …………au ……………

**OU**

A compter du …………M……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale sous la forme d’un service à temps partiel pour une quotité de … % (50%, 60%, 70% ou 80%) du temps plein que les agents accomplissant les mêmes fonctions doivent effectuer. Le service à temps partiel est accordé pour une durée maximale de 3 mois, renouvelable une fois.

**Article 2 :**

Pendant cette période, M……… ne percevra aucune rémunération. Une allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie est versée sur demande au bénéficiaire de ce congé par la caisse d’assurance maladie.

Les services effectués en congé de solidarité familiale sont assimilés à une période de service effectif.

Article 3 :

Le congé de solidarité familiale prend fin soit à l'expiration de la période accordée, soit dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure à la demande de l’agent.

A l’issue de la période de congé de solidarité familiale, M………. est réaffecté(e) dans son ancien emploi dans la mesure où les nécessités de service le permettent et pour la période restant à courir avant le terme du contrat. Dans le cas où il/elle ne pourrait être réaffecté(e) dans son précédent emploi, il bénéficie d'une priorité pour occuper un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente, pour la période restant à courir jusqu'au terme de l'engagement.

Article 4 :

Le Directeur Général des services de la commune est chargé de l'exécution du présent avenant au contrat, qui sera notifié à l'intéressé(e).

Une ampliation sera adressée au Président du Centre de gestion et au comptable de la collectivité.

Article 5 :

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 Rennes 3, Contour de la Motte, CS 44416, 35044 Rennes Cedex, ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

A , le

Nom, Prénom du signataire

Qualité du signataire (ex. Le Maire)

Notifié le ,

Le co-contractant,

*L’intéressé(e) dispose, à partir de cette date, d’un délai de deux mois, pour se pourvoir contre cette décision, auprès du tribunal administratif de Rennes.* *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 Rennes 3, Contour de la Motte, CS 44416, 35044 Rennes Cedex, ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.*