*Les mentions en rouge constituent des commentaires ou des éléments non obligatoires pour lesquels la collectivité devra faire un choix.*

**ARRETE DE MISE EN CONGE DE LONGUE DUREE (CLD)**

Plein traitement et demi-traitement

**DE MONSIEUR/MADAME …….…**

**DANS LE GRADE DE … *(catégorie A, B ou C)***

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

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale ;

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l'organisation des comités médicaux aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu l'avis du Comité Médical en date du ........................... se prononçant pour la mise en congé de longue durée, de Monsieur/Madame ..........................................................................., pour une période de ........................................, à compter du ...................................................... ;

OU

(en cas de mise à demi-traitement) Vu l'arrêté en date du .................................., plaçant Monsieur/Madame ........................................................................... en congé e longue durée ;

Considérant que Monsieur/Madame ........................................................................... n'a jamais bénéficié au cours de sa carrière d'un congé de longue durée ;

OU

Considérant que Monsieur/Madame peut prétendre à un nouveau congé de longue durée (cas où survient une affection d'une autre nature que celle ouvrant droit au congé de longue durée initial) ;

OU

Considérant que Monsieur/Madame ........................................................................... 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 d'affection de même nature que celle précédemment constatée) ;

***Rappel*** *: Ce congé est accordé pour une durée maximale de 5 ans :*

* *3 ans à plein-traitement ;*
* *2 ans à demi-traitement ;*

**ARRÊTE**

**Article 1 :** Monsieur/Madame .........................................................................................., (nom de jeune fille) ..............................................................., détenant le grade de ....................................................................................., est placé(e) en congé de longue durée (à plein ou demi-traitement), à compter du ..................................... pour une période de ...................................................,

OU

Monsieur/Madame .........................................................................................., (nom de jeune fille) ..............................................................., est maintenu(e) en congé de longue durée (à plein ou demi-traitement) à compter du .................................................. pour une période de ...................................................,

**Article 2 :** Monsieur/Madame .................................................................................................. percevra ...................... (l'intégralité ou la moitié) du traitement afférent à l'Indice Brut .............., Indice Majoré .................., pendant la période d'arrêt de travail du .............................. au ........................ (l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement).

*(le cas échéant)* L’indemnité de fonction, de sujétion et d’expertise (IFSE) est maintenue dans les mêmes proportions que le traitement (aucune modulation du CIA selon les absences).

OU

L’indemnité de fonction, de sujétion et d’expertise (IFSE) n’est pas maintenue (aucune modulation du CIA selon les absences).

*A noter : il est conseillé de fixer par délibération (après avis du comité technique) le maintien ou non de l’IFSE en cas de congés de maladie.*

*Le cas échéant, la collectivité peut appliquer les règles de maintien relatives aux fonctionnaires de l’Etat, à savoir le maintien de l’IFSE dans les mêmes proportions que le traitement.*

*Le CIA, quant à lui, ne peut être modulé en fonction des absences puisqu’il est déterminé en fonction de l'engagement professionnel et de la manière de servir, selon les critères définis par délibération.*

**Article 3 :** Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Transmis au représentant de l'État

- Notifié à l'intéressé(e).

**Ampliation adressée au** :

- Président du Centre de Gestion

- Comptable de la collectivité

Fait à ...................................., le ....................................

Le Maire *(ou le Président)*

Nom, Prénom

**Le Maire *(ou le Président****)*,

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cette décision,

- informe que la présente décision peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Melun, dans le respect du délai de recours de deux mois à compter de la présente notification.

La juridiction administrative compétente peut également être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le

**Signature de l'agent**