**ARRETE PORTANT ADMISSION D’UN AGENT CONTRACTUEL**

**AU BENEFICE D’UN CONGE SANS REMUNERATION POUR MOTIF FAMILIAL**

**- DONNER DES SOINS A UN ENFANT A CHARGE, AU CONJOINT,**

**AU PARTENAIRE DE PACS, A UN ASCENDANT**

**A LA SUITE D’UN ACCIDENT OU D’UNE MALADIE GRAVE**

**OU ATTEINT D’UN HANDICAP RENDANT NECESSAIRE**

**LA PRESENCE D’UNE TIERCE PERSONNE -**

**(durée maximale de 3 ans renouvelable tant que les conditions requises pour l’obtenir sont réunies)**

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

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment son article 15 ;

Vu le courrier en date du …………………… par lequel M…………………………………………………………………, …………………………………………………… *(préciser le grade)* contractuel, sollicite un congé sans rémunération pour motif familial pour une période de ……………………………………… à compter du ………………………………, afin de donner des soins à un enfant à charge, au conjoint, au partenaire de PACS, à un ascendant à la suite d’un accident ou d’une maladie grave ou atteint d’un handicap rendant nécessaire la présence d’une tierce personne ;

*(si agent en contrat à durée déterminée)*

Considérant que M………………………………………………………………… est recruté(e) depuis le …………………… ;

Considérant que l’agent a été recruté en contrat à durée déterminée du …………………… au …………………… ;

*ou*

*(si agent en contrat à durée indéterminée)*

Considérant que l’agent est recruté en contrat à durée indéterminée depuis le …………………… ;

Considérant que l’agent contractuel, employé depuis plus d’un an, a droit sur sa demande à un congé sans rémunération pour motif familial ;

**ARRETE**

**ARTICLE** **1** : A compter du ……………………, M…………………………………………………………………, né(e) le ……………………, …………………………………………………… *(préciser le grade)* contractuel,est admis(e) au bénéfice d’un congé sans rémunération pour motif familial pour une durée de ……………………………………… (3 ans maximum renouvelable tant que les conditions requises pour l’obtenir sont réunies ; **la durée de ce congé ne doit pas dépasser le terme du contrat à durée déterminée**) allant jusqu’au …………………… inclus afin de donner des soins à un enfant à charge, au conjoint, au partenaire de PACS, à un ascendant à la suite d’un accident ou d’une maladie grave ou atteint d’un handicap rendant nécessaire la présence d’une tierce personne.

**ARTICLE 2** : Pendant cette période, M………………………………………………………………… ne percevra aucune rémunération.

**ARTICLE 3** : La période de congé sans rémunération pour motif familial est renouvelable.

 La demande de renouvellement doit être présentée au moins 3 mois avant le terme du congé par lettre recommandée avec demande d’avis de réception.

**ARTICLE 4** : Les conditions de réemploi se feront conformément aux articles 18-1 et 33 du décret n°88-145 du 15 février 1988.

**ARTICLE 5** : Le présent arrêté sera :

- notifié à l’agent,

- transmis au comptable de la collectivité,

- transmis au Président du Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale des Hautes-Alpes.

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 dans un délai de 2 mois à compter de sa notification, sa réception par le représentant de l’Etat et sa publication.

Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

PUBLIE LE :

Fait à ………………………………………,

Le ……………………………………………,

Le Maire *(ou le Président)*,

NOTIFIE A L’AGENT LE :

*(date et signature)*

**Attention** : La durée de ce congé ne doit pas dépasser le terme du contrat à durée déterminée.