**ARRETE PORTANT RENOUVELLEMENT D’UN FONCTIONNAIRE**

**AU BENEFICE D’UN CONGE DE LONGUE DUREE**

(Période rémunérée à demi traitement)

Le Maire de …………………………………… ;

Vu le code général de la fonction publique ;

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

(Eventuellement) Vu l’avis du comité médical départemental en date du ……….………..…………. se prononçant pour le renouvellement d’un congé de longue durée à M ……………………..……………………………………………., grade ………………………………………. pour une durée de ………………………………….

Vu le congé obtenu par M ……………………………………………, du ……………..………. au ……………………..

**ARRETE**

**Article 1er** : A compter du ……………………………….…. ; M …………….……………………………….. né(e) le ……….…………... Grade ……………………………………………. est admis(e) au bénéfice d’un renouvellement de congé de longue durée pour une période de ………………………...……. allant jusqu’au ……………………………… inclus.

**Article 2** : Cette période de congé de longue durée est rémunérée à demi traitement.

**Article 3** : La demande de renouvellement de ce congé devra être présentée par le fonctionnaire au moins un mois avant l’expiration de la période de congé prévu par l’article 1er, sur justification d’un certificat médical du médecin traitant, à peine d’interruption de la rémunération.

**Article 4 :** Le présent arrêté sera :

- notifié à l’agent,

- transmis au comptable de la collectivité,

- transmis au Président du Centre de Gestion.

Le Maire,

- 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 la présente notification.

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

Fait à ............................,

Le ...................................,

Le Maire ou le Président,

NOTIFIE A L’AGENT LE :

*(date et signature)*