**Avenant n°20…\_... PORTANT SUR LA MISE EN CONGE DE MALADIE ORDINAIRE En l’attente de la décision d’imputabilité de la CPAM (PLEIN OU DEMI-TRAITEMENT)**

***(agent contractuel)***

**De M/Mme …………………………………………, ………………………………………. *(grade)***

Le Maire *(ou le Président)* de [collectivité ou établissement public],

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 pris pour l’application de l’article 136 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif aux agents contractuels de la Fonction Publique Territoriale,

Vu le contrat à durée (in)déterminée en date du …/…/…… recrutant M/Mme ……………………………. à compter du ………………….. en qualité de ……………………………………………(définition de l’emploi) contractuel et rémunéré par référence à l’indice brut ….… (indice majoré ……) correspondant au ….ème échelon du grade de ……………………………………..ou de l’échelle………………. ;

Vu le certificat médical initial de constatation au titre d’un accident de travail en date du ………………….., établi par le DR ………………..……… et fixant un arrêt de travail à ce titre du …………………….. au …………………….

***(le cas échéant, préciser les dates de prolongation)***,

Considérant qu’il appartient à la CPAM de se prononcer sur le caractère du risque professionnel du sinistre,

Considérant l’ancienneté de l’intéressé (e) dans la collectivité,

Considérant qu’en l’attente l’agent doit être placé en maladie ordinaire,

**Il a été convenu ce qui suit,**

Article 1 :

M/Mme ........................ (grade), indice brut …. Indice majoré …., est placé(e) en congé de maladie ordinaire à compter du .......……................, à titre conservatoire, l’attente de l’avis de la CPAM sur le caractère imputable de l’évènement rémunéré ainsi qu’il suit :

* Du ……. au …….. à plein traitement
* Du ………..au ………… à demi-traitement

Déduction faites des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Article 2 :

Le présent avenant est notifié à l'intéressé(e) et une ampliation adressée à Monsieur le Président du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale et à Monsieur le Receveur Municipal.

Fait à ,

Le Cocontractant, L’Autorité Territoriale,

(Nom et prénom lisibles/signature) (Nom et prénom lisibles/signature)

L’autorité Territoriale,

- 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 de Châlons en Champagne dans un délai de deux mois à compter de la présente notification :

*Ce recours peut être déposé : directement à l’accueil de la juridiction, par voie postale (de préférence en RAR) ou par l’application Télérecours citoyens accessible par le site www.telerecours.fr.*

- Notifié à l'intéressé(e), le

* Visa de l'intéressé (e),