**Arrêté n°…\_... D’ATTRIBUTION D’UN TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE de ……………………………, grade ……………………………….**

***(Agent relevant du régime spécial)***

Le Maire (*ou Le président)* de…….

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le Code général de la fonction publique, notamment les articles L823-1 à L823-6,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l’application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l’organisation des conseils médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

(*Stagiaire*) Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Vu le décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel thérapeutique dans la fonction publique territoriale,

(Le cas échéant), Vu l’arrêté en date du………… plaçant M/Mme….………. (*nom de l’agent + grade (X/35ème)*) en position de congé………… (*préciser la nature du congé*) du…………. au……………,

Vu la demande écrite présentée par M/Mme…………… , …………. (*grade*) le………………., sollicitant une reprise à temps partiel thérapeutique à raison de………. % du temps de travail à l’issue du congé précité,

Vu le certificat médical du médecin traitant en date du……….. précisant la quotité de temps de travail, la durée et les modalités d’exercice des fonctions à temps partiel thérapeutique,

*(Le cas échéant en cas de demande de prolongation de l’autorisation* au-delà d'une période totale de 3 mois (*continue ou discontinue,)* Vu l’avis du médecin agréé, en date du…………………………………, précisant la justification médicale, la quotité de travail sollicitée et la durée du travail à temps partiel thérapeutique demandée.

*(Le cas échéant, en cas de contestation de l’avis du médecin agréé)* Vu l’avis du Conseil médical endate du ………………………. se prononçant sur la reprise à temps partiel thérapeutique à raison de …….. % du temps plein de M./Mme …………………………, à compter du ………………………,

Considérant que le temps partiel thérapeutique ne peut être inférieur au mi-temps,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du……………., M/Mme…………………. (*nom de l’agent et grade)* est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique, à raison de………….% de la durée hebdomadaire de service initial, pour une durée de………

**Article 2** :

Durant cette période, l’intéressé(e) devra respecter les restrictions suivantes :

**Article 3** :

Le service de M/Mme…………… *(nom de l’agent)* sera effectué ainsi qu’il suit :

* (Préciser jours travaillés et horaires)

**Article 4 :**

Pendant cette période, M/Mme ……………………….. percevra l’intégralité de son traitement indiciaire, de l’indemnité de résidence et du supplément familial de traitement.

(Les conditions de détention du régime indemnitaire doivent être fixées par la délibération de la collectivité).

**Article 5 :**

Le Maire est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

* Au Président du Centre de Gestion de l’Aube,
* Au comptable de la collectivité.

Fait à.………………………….., le…………………….

Autorité territoriale,

Le Maire (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  
deux mois à compter de la présente notification.

Parvenu en Préfecture, le........................................................

Notifié à l'intéressé(e), le ........................................................

Visa de l'intéressé(e)