**ARRETE**

**PORTANT ATTRIBUTION D’UNE PERIODE**

**SUPPLEMENTAIRE DE CONGE DE MATERNITE POUR ETAT PATHOLOGIQUE**

**DE MME ........................................................................**

**GRADE ....................................................................**

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

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le Code général de la fonction publique,

Vu le Code la sécurité sociale,

Vu l’ordonnance n° 2021-1574 du 24 novembre 2021 portant partie législative du code général de la fonction publique,

*(Le cas échéant)* Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

*(le cas échéant)* Vu le décret n°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires nommés dans des emplois à temps non complet,

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

Vu le décret n° 2021-846 du 29 juin 2021 relatif aux congés de maternité et liés aux charges parentales dans la fonction publique territoriale,

Vu le certificat médical fixant la date présumée de l’accouchement au ……,

*(Le cas échéant)* Vu l’arrêté du ………………..plaçant Mme ………………………………en congé de maternité,

Vu le certificat attestant de l’état pathologique de Mme…………..résultant de la grossesse OU résultant de l’accouchement,

ARRETE

ARTICLE 1 :

A compter du ……, Mme ……… bénéficie d’une période supplémentaire de congé de maternité en raison de son état pathologique prénatal, pour une durée de ……………semaines (1)

OU

A compter du ……, Mme ……… bénéficie d’une période supplémentaire de congé de maternité en raison de son état pathologique postnatal, pour une durée de ……………semaines (1)

ARTICLE 2 :

Pendant cette période, Mme ……… percevra l’intégralité de sa rémunération *(la rémunération de l’agent autorisé à exercer ses fonctions à temps partiel est rétablie à plein traitement pendant la durée du congé de maternité) (2)*

ARTICLE 3 :

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.

Fait à …… le …….,

Le Maire (ou le Président),

*(prénom, nom lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

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

Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le ...........................

Signature de l’agent :

1. *- état pathologique résultant de la grossesse : congé maternité augmenté de deux semaines avant la date présumée :*

*à partir du jour de sa déclaration jusqu’au jour précédant la date de début du congé maternité.*

*Utilisée de manière continue ou discontinue.*

* *Etat pathologique résultant de l’accouchement : congé maternité augmenté de quatre semaines après la date d'accouchement. prise pour une durée continue*

1. *Déduction faites des IJ pour les contractuels de droit public et les fonctionnaires relevant du régime général (-28 heures)*

