**ARRÊTÉ D’OCTROI D’UNE PERIODE DE PRÉPARATION AU RECLASSEMENT**

Le Maire *[ou Le Président]* de .................................

VU le code général de la fonction publique, notamment son article L.826-2,

VU le décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985, modifié, relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions,

VU le décret nº 87-602 du 30 juillet 1987, modifié, relatif à l’organisation des conseils médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

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

VU l’avis du conseil médicalen date du ………., établissant que M. *ou* Mme …………… [*nom, prénom, grade*] est définitivement inapte aux emplois de son grade mais apte à exercer d’autres fonctions,

CONSIDERANT que M. *ou* Mme …………… [*nom, prénom*] a été informé(e) par courrier en date du …………..de son droit de bénéficier d’une période de préparation au reclassement,

CONSIDERANT que M. *ou* Mme ……... [*nom, prénom*] a accepté la période de préparation au reclassement qui lui a été proposée.

**ARRÊTE**

**Article 1er** : M. *ou* Mme ….……..[*nom, prénom, grade*] bénéficie d’une période de préparation au reclassement à compter du …………… pour une durée maximale d’un an. Cette durée sera fixée par convention.

**Article 2** : Durant la période de préparation au reclassement, M. *ou* Mme ….….. [*nom, prénom*] est placé(e) en position d’activité dans son cadre d’emploi d’origine. Cette période est considérée comme une période de service effectif.

**Article 3** : M. *ou* Mme ….….. [*nom, prénom*] conserve l’intégralité du traitement afférent à son grade. (*le cas échéant*) [Il/Elle] perçoit également l’intégralité de l’indemnité de résidence *et/ou* du supplément familial de traitement.

(*le cas échéant*) Son régime indemnitaire est également maintenu.

**Article 4** : La période de préparation au reclassement prendra fin au terme de sa durée fixée par convention. Elle pourra prendre fin de manière anticipée en cas de refus de l’agent de signer la convention, de manquements caractérisés de l’agent aux engagements fixés dans la convention ou de reclassement du bénéficiaire.

**Article 5** ***:*** Le Maire / *Le Président* certifie le caractère exécutoire de cet acte et informe que celui-ci peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir auprès du Tribunal Administratif de Besançon, dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

**Article 6 :** Le Maire / *Le Président* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé(e). Une ampliation sera transmise :

- au Comptable de la collectivité,

- à Monsieur le Président du Centre de Gestion,

- à l’agent.

Notifié le ........................ Fait à………………………………

Signature de l'Agent : le .............................……………..

Le Maire *[ou Le Président]*