

**Modèle d'arrêté portant mise en congé de solidarité familiale**  
*(Fonctionnaire relevant du régime spécial)*

Le/la Maire (Président(e)) de .....,

Vu le Code de la Sécurité Sociale,

Vu le Code Général de la Fonction Publique et notamment ses articles L.633-1 à L.633-4,

*(le cas échéant, pour le fonctionnaire à temps non complet)* Vu le décret n°91-298 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu le décret n° 2013-67 du 18 janvier 2013 relatif au congé pour solidarité familiale et à l'allocation d'accompagnement des personnes en fin de vie pour les fonctionnaires relevant des articles L. 3 à L. 5 du code général de la fonction publique,

Considérant la demande de mise en congé de solidarité familiale et d'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie présentée par Mme/M. ...., pour une durée de ..... à compter du .....,

Considérant les justificatifs joints à la demande,

Considérant l'accord de la CPAM<sup>1</sup> sur la demande d'allocation journalière,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :**

Mme/M ..... est placé(e) en congé de solidarité familiale à compter du ..... jusqu'au ..... (*durée maximum 3 mois*).

**Ou**

Mme/M ..... est placé(e) en congé de solidarité familiale par période fractionnées de.....(*au moins 7 jours*) jusqu'au.....(*durée maximale de 6 mois*).

**Ou**

Mme/M ..... est placé(e) en congé de solidarité familiale à compter du..... jusqu'au ..... (*durée maximum 3 mois*), sous la forme d'un service à temps partiel d'une quotité de 50%, 60%, 70% ou 80%.

**ARTICLE 2 :**

Pendant cette période, il /elle n'est pas rémunéré(e).

**Ou**

*(Lorsque le congé est transformé en période d'activité à temps partiel)* Pendant cette période, l'agent percevra .....% (*50, 60, 70 % ou 6/7ème dans le cas de services représentant 80 % du temps plein*) du traitement et des primes et indemnités. Le supplément familial de traitement ne peut être inférieur au montant minimum versé aux fonctionnaires travaillant à temps plein ayant le même nombre d'enfants à charge.

**ET**

Elle/Il percevra une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, qui lui sera versée par la collectivité/l'établissement public, conformément au décret n°2013-67 du 18 janvier 2013 et au Code de la sécurité sociale précités.

**ARTICLE 3 :**

La durée de ce congé est assimilée à une période de service effectif pour l'avancement.

---

<sup>1</sup> L'accord de la CPAM est réputé acquis en cas de non-réponse 7 jours après réception de la notification de l'autorité territoriale

Cette période pourra être prise en compte pour la constitution et la liquidation de la pension de retraite, sous réserve du versement des cotisations correspondantes après réintégration.

**ARTICLE 4 :**

En cas de renouvellement, la demande devra être présentée au moins 15 jours avant l'expiration de la période de congé de solidarité familiale<sup>2</sup>.

**ARTICLE 5 :**

Mme/M.....reste affecté(e) dans son emploi pendant la période de congé de solidarité familiale.

En cas de suppression de son emploi (*ou de transformation de son emploi, pour le fonctionnaire est à temp non complet*), Mme/M.....est affecté(e) dans l'un des emplois correspondant à son grade les plus proches de son ancien lieu de travail.

Elle/Il peut demander à être affecté(e) dans un emploi plus proche de son domicile dans les conditions prévues par la section 5 du chapitre II du titre Ier du livre V du Code Général de la Fonction Publique.

**ARTICLE 6 :**

Le congé prend fin soit à l'expiration de la période autorisée, soit dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit de manière anticipée sur demande de l'agent.

**ARTICLE 7 :**

A l'expiration du congé de solidarité familiale, l'intéressé(e) sera réintégré(e) automatiquement et de plein droit dans sa collectivité d'origine.

**ARTICLE 8 :**

Ampliation de l'arrêté sera transmise :

- au Comptable de la collectivité,
- à Monsieur le Président du Centre de Gestion,
- à l'intéressé(e)

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.....dans un délai de deux mois à compter de la présente notification ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Fait à ....., le .....

Le Maire (ou le Président),

Notification faite le .....

Signature de l'agent :

---

<sup>2</sup> Le renouvellement est possible une fois pour une durée maximale de 3 mois