

**Information sur le choix optionnel**  
**congé de longue maladie/ congé de longue durée**

Vous allez prochainement épuiser la période d'un an de congé de longue maladie accordé au titre de l'article 2 de l'arrêté du 14 mars 1986 (ou le comité médical a indiqué lors d'une précédente séance que votre congé de longue maladie était transformable en congé de longue durée).

Au regard des dispositions statutaires en vigueur, en cas d'inaptitude temporaire à la reprise à l'issue de la période d'un an de congé de longue maladie, un choix d'option s'ouvre à vous, sous réserve de l'avis favorable du comité médical :

Option n°1	Option n°2
Vous souhaitez être placé(e) en <b><u>congé de longue durée</u></b> .	Vous souhaitez être maintenu(e) en <b><u>congé de longue maladie</u></b> .
Ce congé est accordé pour 5 groupes d'affections : poliomyélite, affections cancéreuses, maladies mentales, tuberculose, déficit immunitaire grave et acquis. La durée totale de ce congé est de <b><u>5 ans dans toute la carrière pour un même groupe d'affections</u></b> , non renouvelable. Un autre congé de longue durée peut être accordé si la maladie relève d'un autre des 5 groupes d'affections. <b>Rémunération</b> : 3 ans à plein traitement + 2 ans à demi-traitement. <i>☞ article 57-4° de la loi n°84-53</i>	La durée totale de ce congé est de <b><u>3 ans</u></b> . Les droits sont reconstitués après un an de reprise des fonctions (à temps plein ou à temps partiel thérapeutique). <b>Rémunération</b> : 1 an à plein traitement + 2 ans à demi-traitement. <i>☞ article 57-3° de la loi n°84-53 et arrêté du 14 mars 1986</i>

**Attention ! ce choix est irrévocable.**

Merci de retourner dans les meilleurs délais la déclaration de choix ci-dessous dûment complétée et signée. En l'absence d'option, le comité médical se prononcera sur le renouvellement du congé de longue maladie en cas d'inaptitude à la reprise.

=====

**Déclaration de choix (à compléter par l'agent)**

Je soussigné(e).....

Employé(e) par.....

Déclare opter pour (*Cocher une seule case*) :

Transformation en congé de longue durée (option n°1)

Maintien en congé de longue maladie (option n°2)

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus mentionnées et du caractère définitif de mon choix.

Fait à .....

Le .....

Signature