



## FORMULAIRE CHOIX DE L'AGENT

Congé de longue maladie (CLM) ou Congé de longue durée (CLD) \*

**Ce choix est irrévocable**

Au regard des dispositions statutaires en vigueur, en cas d'inaptitude temporaire à la reprise des fonctions à l'issue de la période d'un an de congé de longue maladie, deux options s'offrent à l'agent, sous réserve de l'avis favorable du conseil médical :

Option n° 1	Option n° 2
<b>Maintien en congé de longue maladie (CLM)</b>	<b>Placement en congé de longue durée (CLD)</b>
<p>La durée totale d'un CLM est de 3 ans.</p> <p>Les droits à CLM sont <b>renouvelables</b> après un an de reprise de fonctions (à temps plein ou temps partiel thérapeutique)</p> <p>Rémunération :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 an à plein traitement</li><li>• 2 ans à demi-traitement</li></ul> <p><i>Art 57-3° Loi n° 84-53 et Arrêté du 14/03/1986</i></p>	<p>La durée totale d'un CLD est de 5 ans <b><u>dans toute la carrière pour un même groupe d'affection, non renouvelable.</u></b></p> <p>Le CLD est accordé pour 5 groupes d'affections : poliomyélite, affections cancéreuses, maladies mentales, tuberculose et déficit immunitaire grave et acquis.</p> <p>Un autre CLD peut être accordé si la maladie relève d'un autre des 5 groupes d'affection.</p> <p>Rémunération :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 3 ans à plein traitement</li><li>• 2 ans à demi-traitement</li></ul> <p><i>Art 57-4° Loi n° 84-53</i></p>

### **Déclaration de choix :**

Je soussigné(e) .....

Employé(e) par (*Nom de la collectivité*) .....

Déclare opter pour :(cocher une seule case)

- Maintien en congé de longue maladie (option N°1)**  
 **Placement en congé de longue durée (option N°2)**

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

Fait à .....  
Le .....  
**Signature**