***COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE***

**CATEGORIE** A  B  C

DETACHEMENT - RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

1ère demande  Renouvellement

Saisine à adresser à l’attention du service gestion des carrières avec

l’intégralité des pièces demandées

**Pièces à joindre à la saisine :**

* Demande de l’agent sollicitant le détachement dans un nouveau cadre d’emplois
* Fiche(s) de poste
* Avis de la médecine du travail
* Procès-verbal du comité médical précisant que l’agent est inapte à l’exercice de ses fonctions et est susceptible d’exercer des fonctions d’une autre nature ou des fonctions dans un autre cadre d’emplois
* Copie de l’arrêté précisant la dernière situation administrative de l’agent dans son grade d’origine

Nom de la collectivité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’agent concerné : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Collectivité d’accueil :

Date d'effet du détachement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Grade et échelon d’accueil :

Pour une durée de :

Fonctions exercées :

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE :**  **Observations :** | Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Cachet et signature de l’autorité territoriale : |