***COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE***

 **CATEGORIE** A [ ]  B [ ]  C [ ]

LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

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

l’intégralité des pièces demandées

**Pièces à joindre à la saisine :**

* Avis du comité médical
* Demande de l’agent sollicitant un reclassement (le cas échéant)
* Proposition de reclassement (le cas échéant)
* Fiche(s) de poste
* Avis de la médecine du travail
* Rapport justifiant de l’impossibilité de reclasser l’agent
* Copie de l’arrêté précisant la dernière situation administrative de l’agent

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

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

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

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

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

Fonctions exercées par l’agent :

Observations diverses :

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