



# COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie  A  B  C  D

## RECLASSEMENT

\*\*\*\*\*

Collectivité / Établissement : .....

### SAISINE :

- Reclassement suite à une inaptitude physique  
 Reclassement suite à une suppression d'emploi  
 Autre motif de reclassement: .....

### AGENT :

Nom de naissance :		Nom d'usage :	
Prénom(s) :			
Date de nomination ou intégration :	___/___/___	Date de titularisation :	___/___/___
Spécialité :	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Sécurité civile <input type="checkbox"/> Sécurité publique
Grade :			
Fonction :			
Temps de travail :	Temps complet	Temps non complet (préciser) : .....h / semaine	
Proposition de poste :			
1 -		<input type="checkbox"/> Accepter	<input type="checkbox"/> Refuser
2 -		<input type="checkbox"/> Accepter	<input type="checkbox"/> Refuser
3 -		<input type="checkbox"/> Accepter	<input type="checkbox"/> Refuser

Date et signature de l'agent :

Personne référente en charge du dossier	
Nom Prénom :	
Téléphone	Courriel :

### AVIS DE LA COLLECTIVITÉ ou D'ÉTABLISSEMENT :

Favorable  Défavorable

Observation : .....

Date et signature de l'autorité de nomination :

AVIS de la CAP du .....

- Avis favorable à l'unanimité  
 Avis favorable : votes pour ..... Votes contre ..... Abstentions .....  
 Avis défavorable : votes pour ..... Votes contre ..... Abstentions .....

Observation : .....

Le Président de la CAP