 CATEGORIE A  CATEGORIE B  CATEGORIE C

****

**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

**DU…**

RENOUVELLEMENT DE CONTRAT D’UN TRAVAILLEUR HANDICAPE

***Pièce à joindre :***

* ***Rapport circonstancié, ci-joint, signé par l’agent***

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM, PRENOM et GRADE**  **DE L’AGENT :**  Un tableau par agent | **COLLECTIVITE*:***  ***L’autorité territoriale, vu et approuvé le***  ***Cachet et signature*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Date de début du contrat*** | ***Durée du renouvellement du contrat (le cas échéant)*** | ***Date d’effet du***  ***refus de titularisation***  ***(le cas échéant)*** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Cadre réservé au Centre de gestion (ne rien inscrire dans ce cadre)*** |
| **Avis de la CAP :** |

COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

RAPPORT

* Les appréciations littérales doivent être portées sur le rapport :
* par le Chef de service ou le Directeur Général des Services,
* par l’autorité territoriale.
* Il en est de même pour les appréciations complémentaires justifiant les décisions :
* de renouvellement du contrat,
* de refus de titularisation en fin de contrat.
* Enfin, le rapport doit être **signé par l’agent**. En cas de refus de signature, ce refus doit être mentionné sur le document.

NB : La saisine de la CAP la veille de sa réunion entache son avis d’irrégularité et peut entraîner l’annulation de l’acte pris sur la base de cet avis

(Jugement du T.A. du 13 septembre 1990)

**RAPPORT**

**COLLECTIVITÉ :**

**AGENT :**

Nom patronymique (de naissance) :

Nom marital : Prénom :

Date de naissance :

Grade détenu :

Date d’effet du contrat :

- Titularisation (non soumise à l’avis de la CAP) - Date :

**Avis préalable de la CAP**

Cocher les cases correspondantes

Renouvellement du contrat à compter du :

Refus de titularisation à compter du :

* Congé de maladie pendant le contrat, préciser la durée:
* Congé de maternité pendant le contrat, préciser la durée :
* Temps partiel sur emploi à temps complet, préciser le taux : %
* Temps Non Complet, préciser le nombre hebdomadaire d’heures de travail :
* L’agent a déjà fait l’objet d’un renouvellement de contrat :  oui  non

***Emplacement réservé à l’agent stagiaire concerné****qui déclare avoir pris connaissance du présent rapport et formule**(éventuellement) les observations suivantes :*

**Date et Signature de l’agent (obligatoire)**

**APPRECIATIONS LITTERALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eléments d’appréciation** (à choisir en fonction du grade occupé) | **Appréciations du  Chef de Service ou du DGS** | **Appréciations du Maire  ou du Président (obligatoires)** |
| 1 - Aptitudes générales |  |  |
| 2 - Efficacité |  |  |
| 3 - Qualités d’encadrement |  |  |
| 4 - Sens des relations humaines |  |  |
| 5 - Connaissances professionnelles |  |  |
| 6 - Exécution - rapidité - finition |  |  |
| 7 - Initiative |  |  |
| 8 - Sens du travail en commun |  |  |
| 9 - Relations avec le public |  |  |
| 10 - Ponctualité |  |  |
| 11 - Assiduité |  |  |

Réf. loi n° 84.53 du 26/01/84 et circulaire ministérielle du 23/03/84

**APPRECIATIONS COMPLEMENTAIRES DETAILLEES JUSTIFIANT LA DECISION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Le Chef de Service ou  le Directeur Général des Services** | **Le Maire ou le Président (avis et signature obligatoires)** |
|  |  |

Fait à : Le :

Le Chef de Service ou le DGS, Le Maire ou le Président,