COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

CATEGORIE ☐ A ☐ B ☐ C

DEMANDE DE RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

Références :

•Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (art. 64 à 69)

•Décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

•Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

Rappel :

Les agents, dont l'état de santé est altéré et ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions, peuvent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail ou d'un changement d'affectation conforme à leur état physique et, lorsque c'est impossible ou insuffisant, d'un reclassement professionnel dans un autre emploi pour inaptitude physique. La reconnaissance de l'inaptitude physique de l'agent est préalable au reclassement.

COLLECTIVITE : .....

AGENT

NOM PATRONYMIQUE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... à .....

ADRESSE POSTALE : .....

SITUATION ACTUELLE

FONCTION PUBLIQUE ☐ HOSPITALIERE ☐ D'ETAT ☐ TERRITORIALE

NOM DE LA STRUCTURE .....

CATEGORIE ☐ A ☐ B ☐ C

GRADE .....

ECHELON .....

INDICE BRUT – INDICE MAJORE .....

RELIQUAT D'ANCIENNETE .....

SITUATION DE RECLASSEMENT

FONCTION PUBLIQUE ☐ HOSPITALIERE ☐ D'ETAT ☐ TERRITORIALE

NOM DE LA STRUCTURE .....

CATEGORIE ☐ A ☐ B ☐ C

GRADE .....

ECHELON .....

INDICE BRUT – INDICE MAJORE .....

DEMANDE DE RECLASSEMENT

DATE D'EFFET :

TYPE DE RECLASSEMENT :

☐ INTEGRATION DIRECTE

☐ CONCOURS/RECRUTEMENT DIRECT OU PROMOTION INTERNE

☐ DETACHEMENT

Visa de l'Autorité Territoriale :

Fait à :

Le : ...../...../.....

Signature

PIECES A FOURNIR

☐ COURRIER DE DEMANDE DE RECLASSEMENT PAR L'AGENT

☐ COURRIER DE LA COLLECTIVITE ACCEPTANT LE RECASSEMENT

☐ FICHES DE POSTE DE L'AGENT (ANCIENNE ET NOUVELLE SITUATION)

☐ AVIS DU COMITE MEDICAL SUR L'APTITUDE DE L'AGENT SUR LE POSTE DE RECLASSEMENT

A DEFAUT DE TRANSMISSION DE L'ENSEMBLE DES PIECES OU EN CAS D'ENVOI DES ELEMENTS APRES LA DATE LIMITE, LE DOSSIER NE POURRA ETRE PRESENTE EN SEANCE

CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION

Avis de la Commission Administrative Paritaire – SEANCE DU ...../...../.....

☐ AVIS FAVORABLE

☐ AVIS DEFAVORABLE